

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe
für das Disease-Management-Programm
Brustkrebs in Hessen

Stand: 01. März 2019

Willkommen im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Wir freuen uns, dass Sie sich dafür entschieden haben, Ihre Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs künftig im Rahmen des DMP Brustkrebs in Hessen zu betreuen. Mit diesem Praxismanual stellen wir Ihnen und Ihrem Team die wesentlichen Informationen zur Verfügung, die Sie zur Teilnahme am Behandlungsprogramm benötigen.

In der Region Hessen blicken wir nunmehr auf fünfzehn Jahre DMP Brustkrebs zurück. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/-verbänden und Vertretern der Leistungserbringer wurden Ende 2003 die ersten Rahmenverträge mit der HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken und dem seinerzeit eigenständigen Universitätsklinikum Marburg mit Unterstützung des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesverband Hessen geschlossen. Im Jahr 2018 nehmen 33 Krankenhäuser und rund 570 Gynäkologinnen und Gynäkologen am DMP Brustkrebs teil.

Am 01.07.2017 trat die 8. Änderung der aus der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL (Beschlussfassung vom 20.04.2017) in Kraft. In Verbindung mit der 12. Änderung (Beschlussfassung vom 17.05.2018) der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) haben sich für das DMP Brustkrebs notwendige gesetzliche Anpassungen ergeben, die im nunmehr vorliegenden 4. Nachtrag zum Rahmenvertrag ihren Niederschlag gefunden haben.

Redaktioneller Teil

Im ersten Abschnitt erläutern wir Ihnen, welche positiven Auswirkungen die Teilnahme an einem solchen Programm auf Ihre ärztliche Tätigkeit und auf die Versorgung Ihrer Patientinnen haben wird. Außerdem stellen wir Ihnen dar, welche Unterstützung Ihnen die Krankenkassen für die Versorgung der Patientinnen anbieten und inwiefern Sie davon profitieren können.

Im zweiten Abschnitt wird der konkrete Ablauf des Behandlungsprogramms kurz und überschaubar dargestellt. Wir geben Ihnen nur die wichtigsten Informationen verbunden mit dem konkreten Hinweis, wo detailliertere Informationen im Anhang zu dem jeweiligen Thema zu finden sind.

Im dritten Abschnitt stellen wir Ihnen kurz die neuen medizinischen Schwerpunkte vor.

Der vierte Abschnitt enthält ausführlich wichtige und praxisorientierte Hinweise zum Ausfüllen der Dokumentationen.

In den Abschnitten fünf und sechs finden Sie Zusammenfassungen zu Grundlagen von Disease-Management-Programmen und evidenzbasierter Medizin.

Anhang

In den Anhängen (Abschnitte sieben bis elf) finden Sie ein Muster der Teilnahme- und Einwilligungserklärung als Teil der erforderlichen Unterlagen für die Einschreibung von Patientinnen. Sie finden dort ferner ergänzende Informationen in Form von „häufig gestellten Fragen“ (FAQ), Literaturangaben und -hinweisen und eine Liste der Vertragspartner.

Auch das DMP Brustkrebs unterliegt permanenten Veränderungen. Wir werden es weiter verbessern. Ihre Anregungen und Kritik sind uns deshalb sehr wichtig, um auch in Zukunft gemeinsam die Qualität in der Versorgung von Patientinnen stetig zu erhöhen. Bei Fragen, Anmerkungen, aber auch Änderungsvorschlägen wenden Sie sich bitte an:

Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen

Andreas Funk, LL.M.
c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
Tel.: 06131 98255 -25 oder -19, Fax: 06131 832015

Inhaltsverzeichnis

Summary	4
1. Was ist das Disease-Management-Programm Brustkrebs und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?	5
1.1 Warum ist Brustkrebs eine geeignete Erkrankung für Disease Management?	5
1.2 Ziele des Disease-Management-Programms	5
1.3 Auswirkungen auf Ihre Patientinnen	6
1.4 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit	6
1.5 Was bieten Ihnen die Krankenkassen an?	7
2. Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs ab?	8
2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt?	8
2.2 Teilnahme von stationären Einrichtungen am DMP	9
2.3 Wie werden Ihre Patientinnen in das Behandlungsprogramm aufgenommen?	10
2.4 Wer erhält welche Daten im Programm?	12
2.5 Wie erfolgt die Umschreibung einer Patientin bei einem Arztwechsel?	13
2.6 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm?	13
3. Verlagerung der medizinischen Schwerpunkte	14
4. Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs	15
4.1 Vorbemerkungen	15
4.2 Allgemeine Fragen	15
4.3 Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle	17
4.4 Aufbau der Erstdokumentation	18
4.5 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)	19
4.6 Aufbau der Folgedokumentation	30
4.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)	31
5. Grundlagen zum Disease Management	39
5.1 Was bedeutet Disease Management?	39
5.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme?	39
6. Evidence-based Medicine (EbM)	41
6.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?	41
6.2 Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen?	41
7. Anhang 1: Teilnahme- und Einwilligungserklärung Brustkrebs	43
8. Anhang 2: Häufig gestellte Fragen	50
8.1 Disease-Management-Programme in Deutschland	50
8.2 Das Disease-Management-Programm Brustkrebs	52
9. Anhang 3: Literaturhinweise	54
10. Anhang 4: Links und Internetadressen	55
11. Anhang 5: Liste der Vertragspartner	58

Summary

Auf dieser Seite haben wir die wesentlichen Aspekte für Sie als DMP-Arzt zusammengefasst. Die vertiefenden Informationen finden Sie nachfolgend.

1: Einschreibung der Patientin

- Beratung der Patientin und Hinweis auf das DMP Brustkrebs.
- Ausfüllen der TE/EWE und Unterschrift der Patientin. Die Patientin erhält einen Durchschlag mit dem Patientenmerkblatt und der Datenschutzerklärung.
- Versand der TE/EWE (Original) an die Datenstelle Swiss Post Solutions GmbH in Hallstadt.

2: Dokumentation

- In Verbindung mit der Einschreibung erstellen der Erstdokumentation (ED).
- Im Rahmen der Nachsorge erstellen der Folgedokumentation (FD).

Zu den Dokumentations-Intervallen vgl. Abschnitt 3.2 auf Seite 16.

3: Dauer der Teilnahme der Patientin

- Grundsätzlich 10 Jahre ab Datum der Erstmanifestation Brustkrebs/kontralateraler Brustkrebs (ohne weiteres Ereignis).
- Tritt während der Laufzeit ein kontralateraler Brustkrebs oder ein Lokalrezidiv auf, verbleibt die Patientin für weitere 10 Jahre ab Datum der histologischen Sicherung im Programm. Es erfolgt keine erneute Einschreibung.
- Tritt ein neues Ereignis nach Ablauf der 10 Jahre auf, ist eine Neueinschreibung der Patientin möglich.
- Bei Auftreten von Fernmetastasen verbleibt die Patientin für die gesamte Behandlungsdauer im Programm.

4: Vergütung

Die vertragliche Vergütung wird quartalsweise direkt von den am DMP teilnehmenden Krankenkassen gezahlt. Folgende Vergütungssätze gelten nach dem DMP-Rahmenvertrag Brustkrebs:

- | | |
|--|-----------------------|
| • Erstellen einer ED: | 25,00 EURO |
| • Erstellen einer FD: | 15,00 EURO |
| • Teilnahme an zwei Qualitätszirkeln/Jahr: | 36,00 EURO/Jahr |
| • Motivationsgespräch mit der Patientin ab dem 6. Teilnahmejahr: | 14,00 EURO (einmalig) |

1. Was ist das Disease-Management-Programm Brustkrebs und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?

1.1 Warum ist Brustkrebs eine geeignete Erkrankung für Disease Management?

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit gegeben, strukturierte Behandlungsprogramme für geeignete chronische Krankheiten zu entwickeln. Brustkrebs ist zwar keine chronische Erkrankung im engeren Sinne, jedoch war aufgrund des hohen Vorkommens der Erkrankung im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen und der seinerzeit unzureichenden Vorgehensweise bei der Qualitätssicherung eine deutliche Verbesserung der Versorgung durch Disease-Management-Programme zu erwarten. Deshalb wurde die Diagnose Brustkrebs exemplarisch 2002 für onkologische Erkrankungen in den Katalog der DMP aufgenommen. Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung der Frau. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Diagnose liegt bei rund 60 Jahren.

Folgende Gründe führten zur Auswahl von Brustkrebs für ein Disease-Management-Programm:

- **Häufigkeit der Erkrankung**

- **Verlauf der Erkrankung und dessen Beeinflussbarkeit**

Der Verlauf der Erkrankung hängt von einer frühzeitigen und qualitativ hochwertigen Diagnostik, der Art des Tumors und weiteren Faktoren, wie z. B. dem Alter der Patientin, ab. Eine qualitätsgesicherte Beurteilung der einzelnen Parameter ist die Voraussetzung für eine auf die Patientin und deren Krankheitsverlauf abgestimmte Therapie und Nachsorge.

- **Sektorenübergreifender Behandlungsbedarf und Defizite in der Versorgungsqualität**

Klinische Analysen und Untersuchungen haben in Deutschland existierende Defizite bei der Versorgungsqualität für an Brustkrebs Erkrankte festgestellt. Die Ergebnisse zeigten eine große Variabilität diagnostischer Ergebnisse, therapeutischer Vorgehensweisen sowie der Nachsorge zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Ärzten. Weitere Defizite liegen in der Wahl der Therapiestrategie und deren Koordination unter den verschiedenen beteiligten Abteilungen. Das Fehlen einer einheitlichen und allen Beteiligten zugänglichen Dokumentation und interdisziplinärer Informationswege wurde in den Untersuchungen als weiteres Defizit beschrieben.

- **Souveränität der Patientinnen**

Die Diagnose Brustkrebs geht zwangsläufig mit einer hohen psychischen Belastung einher. Viele Patientinnen haben auch heute noch keine Möglichkeit, ihre Behandlung entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen mitzuentcheiden. Durch eine gut strukturierte Behandlung mit hoher Qualität, wie sie im Rahmen des Disease-Managements möglich ist, wird die Patientin unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation in die Therapieentscheidung einbezogen.

1.2 Ziele des Disease-Management-Programms

Das Ziel des Disease-Management-Programms Brustkrebs liegt in einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Verbindung mit einer Verbesserung der Ergebnisqualität. Die Behandlung der Patientinnen erfolgt nach einheitlichen qualitätsgesicherten Kriterien unter Einbeziehung der individuellen Situation und einer intensiven psychosozialen Betreuung.

Mit dem Disease-Management-Programm Brustkrebs soll eine systematische Koordination der Behandlung von Versicherten mit Brustkrebs gewährleistet werden, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und teilnehmenden Krankenkassen.

Das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

1. Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientenzentrierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Dabei sollen sie über Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Die Informationen sollen die Patientin in die Lage versetzen, auf der Basis eines „Informiert-Seins“ den Entscheidungs- und Behandlungsprozess mit zu gestalten.
2. Verbesserung und Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen:
 - Die Einhaltung der operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine geringere Anzahl der Brustamputationen bei hohem Anteil brusterhaltender Operationen;
 - Die Einhaltung der Standards der adjuvanten Therapie gemäß § 9 des DMP-Rahmenvertrages;
 - Linderung der psychischen Auswirkungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung durch ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, sodass Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung gemindert werden und die Patientinnen die individuell empfundene Bedrohung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können;
 - Eine umfassende Nachsorge, um Lokalrezidive bzw. kontralaterale Tumore sowie Folgeerscheinungen der Primärtherapie frühzeitig zu erkennen und eine hohe Therapietreue bei medikamentöser Therapie zu erreichen.

Sie als DMP-Arzt spielen in Ihrer betreuenden und koordinierenden Funktion eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der beschriebenen Ziele.

1.3 Auswirkungen auf Ihre Patientinnen

1. Ihre Patientin wird über die Erkrankung, den Verlauf und Therapiemöglichkeiten informiert und in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess einbezogen.
2. Ihre Patientin entscheidet sich für einen DMP-Arzt, hat jedoch jederzeit die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln. Es ist allerdings notwendig, sich jeweils nur für einen DMP-Arzt zu entscheiden.
3. Die Teilnahme am Programm ist freiwillig und kann jederzeit gekündigt werden.

1.4 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit

1. **Extrabudgetäre Sondervergütung** der Dokumentationen, Ihrer Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln der Kliniken pro Jahr sowie einem Motivationsgespräch mit der Patientin ab dem 6. Jahr der DMP-Teilnahme (vgl. Punkt 4 des Summaries).
2. **Strukturierte Betreuung der Patientinnen auf Grundlage des aktuell wissenschaftlich gesicherten medizinischen Wissens und klare Versorgungsverantwortlichkeit.**

Im Rahmen des DMP sind die Versorgungsinhalte und die Verantwortung des DMP-Arztes vertraglich geregelt. Als DMP-Arzt wird Ihre gynäkologische Betreuungsfunktion für die eingeschriebenen Patientinnen deutlich gestärkt.

3. **Transparenz Ihres eigenen Behandlungsverhaltens und Ihrer Arbeitsergebnisse** durch regelmäßige Feedback-Berichte, die nur Ihnen persönlich und nicht der Krankenkasse zur Verfügung stehen.

4. **Geringer zusätzlicher Dokumentationsaufwand**, da nur relevante Parameter bürokratiearm auf elektronischem Wege erhoben werden. Die strukturierte Dokumentation stellt damit auch jederzeit einen Informationsspeicher dar. Sie können diese Dokumentationsdaten z. B. für den Begleitbrief bei Überweisungen oder Einweisungen benutzen.

5. **Keine Einschränkung Ihres ärztlichen Behandlungsspielraums**, da Sie in begründeten Einzelfällen von der vorgeschlagenen Behandlung abweichen können. Die Behandlungsübersicht versteht sich als Leitfaden. Dies ist sowohl in der DMP-A-RL als auch in dem DMP-Rahmenvertrag formuliert.

Die **Teilnahme am DMP Brustkrebs ist freiwillig** und es besteht eine schriftliche **Kündigungsmöglichkeit** gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs zum Ende eines Quartals.

1.5 Was bieten Ihnen die Krankenkassen an?

1. **Die Krankenkassen klären Ihre Patientinnen** über das Disease-Management-Programm Brustkrebs auf.

2. **Spezifisches Informationsmaterial:** Ihre Patientinnen werden ausführlich über die Programminhalte sowie Rechte und Pflichten im Programm durch das Patientenmerkblatt innerhalb der TE/EWE informiert. Weitergehende Informationen erhalten die Patientinnen nach erfolgter Einschreibung direkt von ihrer Krankenkasse.

3. Sie erhalten einmal pro Jahr von einer neutralen Auswertungsstelle, der Gemeinsamen Einrichtung, **persönliche Arzt-Feedback-Berichte**, die Ihnen einen Überblick über die Versorgungslage der DMP-Patientinnen Ihrer Praxis ermöglichen. Neben allgemeinen Informationen, wie z. B. der Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patientinnen, werden anhand einheitlicher Indikatoren Prozess- und Ergebnisparameter der teilnehmenden Praxen einer Region mit den Durchschnittswerten aller teilnehmenden Praxen verglichen. Hierzu gehören beispielhaft folgende Qualitätsziele:

- QZ I: Hoher Anteil von Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie regelmäßig erfragt wurden
- QZ II: Hoher Anteil von Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die eine adjuvante endokrine Therapie fortgeführt haben
- QZ III: Hoher Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist

Die Darstellung der Werte über längere Zeiträume ermöglicht Ihnen eine Einschätzung der Entwicklung Ihrer Patientinnen hinsichtlich bestimmter Parameter. Der von Ihnen ausgefüllte Dokumentationsdatensatz bildet die Basis der Berichte, die Ihnen jährlich zur Verfügung gestellt werden.

2. Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs ab?

2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt?

Bis zu Ihrer Teilnahme am Behandlungsprogramm sind drei Schritte zu durchlaufen:

1. Sie erhalten auf Anfrage von der Kopfstelle DMP Brustkrebs die Teilnahmeerklärung (Anlage 4a des DMP-Rahmenvertrags für niedergelassene Gynäkologen). Zur Teilnahme am DMP Brustkrebs schließen Sie sich an eines der Krankenhäuser an, die den DMP-Rahmenvertrag unterzeichnet haben. Vertragspartner sind derzeit neun Koordinationskrankenhäuser in Hessen. Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung schicken Sie zurück an die Kopfstelle DMP Brustkrebs. Diese leitet Ihren Antrag an das von Ihnen gewählte Koordinationskrankenhaus weiter.
2. Nach der formalen Prüfung erhalten Sie von der Kopfstelle DMP Brustkrebs die Bestätigung, dass Sie an dem Programm teilnehmen können.
3. Zur Teilnahme am Programm berechtigt sind ausschließlich Gynäkologen, die ab der Teilnahme pro Jahr zwei Qualitätszirkel/Tumorkonferenzen der hessischen DMP-Kliniken nachweisen.

Abbildung 1: Wie werden Struktur- und Fortbildungsvoraussetzungen überprüft?

Gynäkologe	Koordinationshaus	Kopfstelle DMP Brustkrebs
Ausfüllen und Versand einer Teilnahmeerklärung (Anlage 4a des Vertrages) und ab Programmteilnahme der Nachweis über die zweimal im Jahr zu erbringenden Qualitätszirkel/Tumor-Konferenzen der DMP-Kliniken.	Entgegennahme des DMP-Vertrages und Gegenzeichnung durch den ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor. Danach erfolgt von dort der Versand an die Kopfstelle DMP Brustkrebs.	Prüfung der Strukturvoraussetzungen. Übermittlung des Bescheids an den niedergelassenen Gynäkologen und Aufnahme in das Leistungserbringerverzeichnis. Dieses Verzeichnis wird jeweils aktualisiert an die teilnehmenden Krankenkassen und Kliniken und an die eingebundene Datenstelle versandt.

Ihre Aufgaben als DMP-Arzt:

Wenn Sie als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, als DMP-Arzt im ambulanten Bereich tätig zu sein. Damit gehören u. a. zu Ihren Aufgaben:

1. Die Koordination der Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, sowie die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten;
2. die Durchführung von umfassenden Patientinnen-Aufklärungsgesprächen;
3. die Information der Versicherten über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen;
4. die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdatensätze zu bestimmten Zeitpunkten;
5. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums;
6. Teilnahme an Qualitätszirkeln (mindestens zweimal jährlich).

Als DMP-Arzt werden Ihnen die **Dokumentationen extrabudgetär** vergütet.

2.2 Teilnahme von stationären Einrichtungen am DMP

Teilnehmende stationäre Einrichtungen müssen folgende Leistungen anbieten können:

- operative Therapie
- bildgebende Diagnostik
- histologische Befundung
- strahlentherapeutische Behandlung
- medikamentöse (insbesondere onkologische) Behandlung

Darüber hinaus soll die stationäre Einrichtung der Patientin die Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung anbieten und mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Besteht die medizinische Notwendigkeit, die Patientin mit Heil- und Hilfsmitteln zu versorgen, muss die stationäre Einrichtung in der Lage sein, diese Leistung in Kooperation mit entsprechenden Leistungserbringern anzubieten.

Ist eine stationäre Einrichtung nicht in der Lage, die vorgenannten Leistungen in einem Haus anzubieten, ist zur Teilnahme am Programm eine Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten mit entsprechender Qualifikation oder mit einer weiteren stationären Einrichtung erforderlich (Kooperationszentrum). Dieses Zentrum muss in einer für die Patientin zumutbaren Entfernung liegen.

Die Kooperationspartner behandeln die Patientin unter Berücksichtigung der DMP-A-RL. Soweit diese nicht explizit eine medizinische Vorgehensweise empfiehlt, erfolgt eine Behandlung unter Berücksichtigung einer evidenzbasierten Vorgehensweise. Die an der Behandlung Beteiligten verpflichten sich, die therapielevanten Informationen und Befunddaten zeitnah (spätestens eine Woche nach Entlassung) an den DMP-Arzt zu übermitteln.

Aus qualitativen Gründen muss eine vertragsschließende Klinik (Koordinationskrankenhaus) innerhalb eines Jahres mindestens 150 Erstoperationen bei Brustkrebs nachweisen. Die weiteren Kliniken (Kooperationskrankenhäuser) müssen 50 Erstoperationen nachweisen, wobei pro Operateur in beiden Fällen jeweils mindestens 50 Operationen zu erbringen sind.

Die teilnehmenden stationären Einrichtungen/Kooperationszentren führen folgende **Qualitätssicherungsmaßnahmen** (QS-Maßnahmen) durch:

- Beschreibung des Konzeptes zum Qualitätsmanagement sowie Benennung eines Verantwortlichen für die durchzuführenden QS-Maßnahmen;
- Einrichtung und Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln, sowohl krankenhausesintern, als auch mit den am Behandlungsprozess beteiligten Kooperationspartnern und niedergelassenen Vertragsärzten. Die Zusammenkunft erfolgt in regelmäßigen Abständen mindestens zweimal jährlich. Über die Inhalte ist ein Protokoll zu erstellen und an die jeweiligen Teilnehmer zu übermitteln;
- regelmäßige Weiterbildung des medizinischen Personals zum Thema Brustkrebs;
- Befragungen zur Zufriedenheit der Patientinnen;
- zeitnahe (spätestens eine Woche nach Entlassung) Übermittlung eines Arztbriefes an den niedergelassenen DMP-Arzt;
- auf Wunsch Duplikat des Arztbriefes für die Patientin;
- Zustimmung zum Audit zur Besichtigung der Einrichtungen durch Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung.

2.3 Wie werden Ihre Patientinnen in das Behandlungsprogramm aufgenommen?

1. Ihre Patientinnen werden auf verschiedenen Wegen auf das DMP aufmerksam gemacht: Direkt über Sie oder über die Geschäftsstellen der Krankenkassen.

2. Sie sollen geeignete Patientinnen für das Behandlungsprogramm grundsätzlich anhand folgender Einschreibekriterien auswählen:

- Vorliegen eines primären Mammakarzinoms/kontralateralen Brustkrebses (incl. DCIS)
- Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs
- Vorliegen von Fernmetastasen

Ihre Patientin

- erhält ein Patientenmerkblatt, auf dem Ziel, Inhalte und Ablauf des DMP dargestellt sind;
- erhält eine Datenschutzinformation, in der detailliert der Datenfluss erläutert wird;
- unterschreibt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, in der sie u. a. bestätigt, dass sie die Programm- und Versorgungsziele kennt, Sie als DMP-Arzt auswählt und die Nutzung ihrer Daten autorisiert.
- Beim ersten Kontakt wird zudem von Ihnen und/oder Ihrem Praxispersonal der Erstdokumentationsdatensatz erstellt (siehe Kap. 4.4).

Checkliste: Notwendige Unterlagen für die Einschreibung einer Patientin:

Der Patientin müssen vor Unterschrift vorliegen:

- Patientenmerkblatt
- Datenschutzinformation → siehe Anhang 5: Rückseite der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Patientin muss unterschrieben haben:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Für die Patientin müssen Sie ausfüllen:

- Erstdokumentation (elektronisch)
- Datum, Unterschrift und Arztstempel auf dem untersten Teil der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Es gibt zwei Möglichkeiten der Einschreibung durch den DMP-Arzt:

1. Erstmanifestation eines Mammakarzinoms, kontralateralen Brustkrebses oder Lokalrezidivs

- präoperativ:
Der Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet, in der Ziffer 2.1 muss jedoch entweder das Feld „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ angekreuzt werden. Der komplette Abschnitt 3 bleibt unausgefüllt (siehe Kapitel 4.4, Abschnitt 2.1). Erst nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben durch das erneute Ausfüllen eines Erstdokumentationsdatensatzes nachzureichen.
- postoperativ:
Der komplette Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet.

2. Bei vorliegender Fernmetastase

In allen Fällen sind die Einschreibeunterlagen binnen zehn Tagen nach Dokumentationsdatum an die Datenstelle SPS zu übermitteln. Bei präoperativer Einschreibung ist der vollständige Dokumentationsdatensatz in der vertraglich vereinbarten Frist, spätestens vier Wochen nach dem chirurgischen Eingriff, nachzureichen.

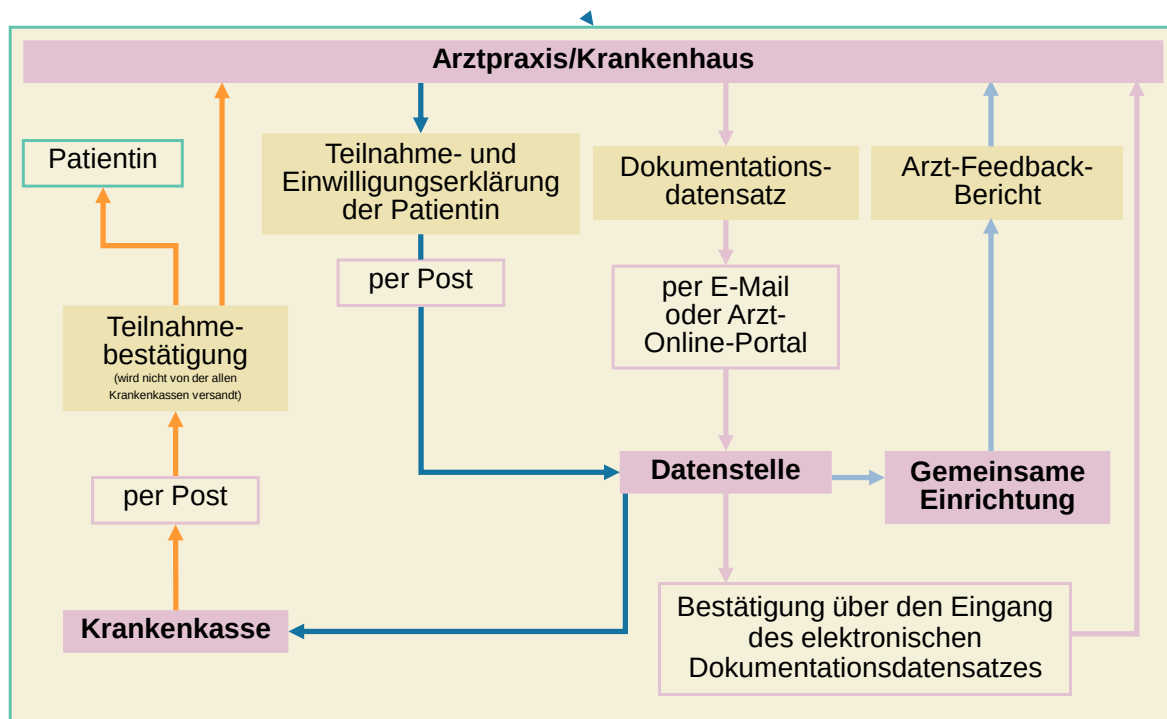
Abbildung 2: Wie erfolgt die Einschreibung einer Patientin in das Programm?

Patientin	Arzt	Erläuterungen
Arztbesuch	Auswahl der Patientin	Die Auswahl der Patientin erfolgt gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien des DMP-Vertrages (siehe Textkasten Einschreibekriterien Seite 10)
Information und Beratungsgespräch zum Programm		
Teilnahmebereitschaft		
Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung	Aushändigung der Unterlagen, bestehend aus: • Patientenmerkblatt • Teilnahme- und Einwilligungserklärung • Datenschutzinformation	Mit der Teilnahmeerklärung legt sich die Patientin auf ihren DMP-Arzt fest. Ein Arztwechsel ist jedoch weiterhin möglich.

2.4 Wer erhält welche Daten im Programm?

Nachfolgend sehen Sie eine grafische Darstellung, die zeigt, wie der Datenfluss im Behandlungsprogramm verläuft und welche Institutionen welche Daten erhalten. Der Erstdokumentationsdatensatz wird zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einer Patientin erstellt. Alle weiteren Dokumentationen erfolgen grundsätzlich jedes zweite Quartal mit dem Folgedokumentationsdatensatz (vgl. hierzu Abschnitt 4.2).

Abbildung 3: Wie erfolgt der Datenfluss im Programm?



Die Übermittlung der Dokumentationen ist ausschließlich in elektronischer Form möglich. Hierzu benötigen Sie für Ihre Praxisverwaltungs-Software ein spezielles DMP-Modul, das durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert sein muss. Achten Sie bitte darauf, dass die Software bereits bei der Bearbeitung der Dokumentationen die Plausibilität und Vollständigkeit der Eingabe prüft. Auf diese Weise können Korrekturverfahren auf ein Minimum reduziert werden.

Für die Übermittlung stehen Ihnen zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

- a) Verschlüsselt per E-Mail über Ihre Praxissoftware (dmp-hessen@dmpservices.de)

Dieses empfohlene Verfahren hat den Vorzug, dass Sie unmittelbar eine Eingangsbestätigung der Datenstelle erhalten.

- b) Verwendung des Arzt-Online-Portals. Informationen hierzu erhalten Sie von der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen unter Tel.: 06131 98255-25 oder Sie finden diese unter dem Link <https://dmpsysonline.sps-prien.de/>.

Weitere Ausführungen dazu finden Sie in Kapitel 4.3 „Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle“.

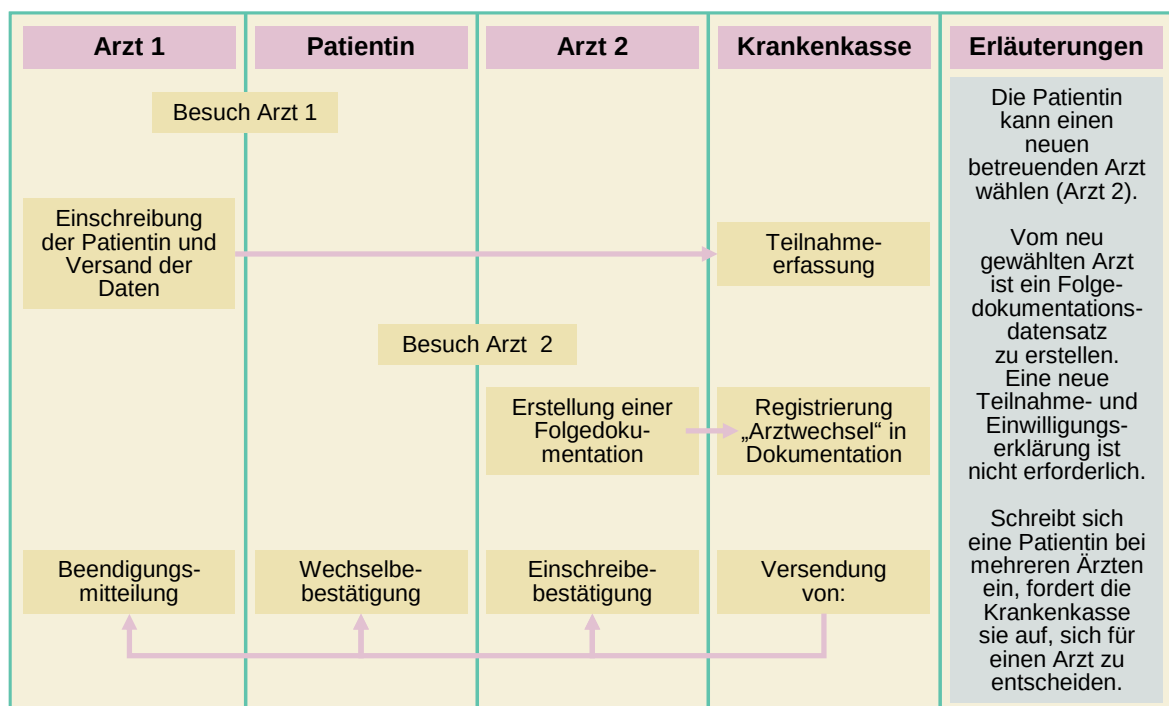
2.5 Wie erfolgt die Umschreibung einer Patientin bei einem Arztwechsel?

Die Patientin kann ihren DMP-Arzt wechseln, z. B. bei einem Umzug. Dazu ist es lediglich erforderlich, dass der neu gewählte Arzt den Folgedokumentationsdatensatz erstellt. Eine zusätzliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.

Nach Erhalt des Folgedokumentationsdatensatzes wird die Krankenkasse die Patientin sowie die betroffenen Ärzte über den Wechsel informieren.

Hat sich eine Patientin versehentlich bei zwei Ärzten gleichzeitig eingeschrieben, fordert die Krankenkasse die Patientin auf, sich für einen Arzt zu entscheiden. Nach der Entscheidung der Patientin werden die betroffenen Ärzte entsprechend benachrichtigt.

Abbildung 4: Was ist bei einem Arztwechsel bezüglich Dokumentation und Versand zu beachten?



2.6 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm?

Für die **vollständigen, plausiblen und fristgerecht bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdatensätze** für eingeschriebene Versicherte erhalten Sie die **vertraglich vereinbarte Vergütung**. Die Vergütung erfolgt **einmal im Quartal** durch die teilnehmenden Krankenkassen.

3. Verlagerung der medizinischen Schwerpunkte

Mit der neuen DMP-A-RL steht nunmehr die Nachsorge stärker im Fokus

Der Schwerpunkt des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs lag seit seiner Einführung im Jahre 2003 auf der Primärtherapie, die jedoch durch den niedergelassenen Sektor im Rahmen der Nachsorge wenig beeinflussbar war. Ob eine Operation, Chemotherapie, Radiotherapie, endokrine Therapie oder Antikörpertherapie erfolgte, entschieden die zertifizierten Brustzentren.

Das Disease-Management-Programm für Patientinnen mit Brustkrebs wurde zwischenzeitlich vollständig überarbeitet und rückt die Nachsorge stärker in den Fokus). Das aktualisierte Programm mit neuen Dokumentationsvorgaben wird seit dem 1. Oktober 2018 in den Praxen umgesetzt.

Adhärenz verbessern

Mit der Aktualisierung werden nun die längerfristigen Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung und Therapie stärker berücksichtigt. Die Empfehlungen im neuen DMP zielen insbesondere auf die Unterstützung bei der Adhärenz empfohlener langandauernder Therapien, die Vermeidung von Folgeerkrankungen und die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte.

Die Adhärenz zur endokrinen Therapie, die inzwischen bis zu 10 Jahre lang empfohlen wird, soll verbessert werden. Dazu werden die Nebenwirkungen regelmäßig erfasst und entsprechend behandelt.

Folglich wurden auch die Qualitätsindikatoren des Programms aktualisiert. Zahlreiche Dokumentationsfelder konnten gestrichen werden, die zum einen die Primärtherapie betrafen und zum anderen schon andernorts erhoben werden, zum Beispiel durch die Krebsregister oder die zertifizierten Brustkrebszentren.

Teilnahmedauer auf 10 Jahre angehoben

Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs. Aufgrund von geänderten Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung des späten Wiederauftretens der Erkrankung können die Patientinnen statt bisher fünfeinhalb Jahre nunmehr bis zu 10 Jahre im Programm eingeschrieben sein.

4. Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

4.1 Vorbemerkungen

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung des Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentationsdatensatz) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

- Sie dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen.
- Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
- Sie kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.
- Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Arzt-Feedback-Berichts und für die Programmevaluation.
- Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und ist für Sie, Ihre Patientin und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil. Nicht zuletzt kann eine Vergütung an Sie nur bei vollständig und plausibel ausgefülltem Dokumentationsdatensatz erfolgen.

Einen Überblick über die Abschnitte des Erstdokumentationsdatensatzes finden Sie auf Seite 18.

Der Aufbau des Folgedokumentationsdatensatzes ist Seite 32 zu entnehmen.

4.2 Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können alle gesetzlich krankenversicherten weiblichen Patientinnen mit Brustkrebs (incl. DCIS) oder einem lokoregionären Rezidiv, bei denen die Erkrankung eindeutig durch eine histologische Sicherung diagnostiziert ist und die Diagnosestellung nicht länger als 10 Jahre zurückliegt, sowie Patientinnen mit Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung, sofern die Krankenkasse der Patientin dem DMP-Rahmenvertrag in Hessen beigetreten ist.

Das alleinige Vorliegen einer **nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS)** rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Wie erfolgt die Dokumentation bei präoperativer Einschreibung?

Da beim DMP Brustkrebs die zur Einschreibung erforderliche histologische Sicherung des Befundes in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff erfolgt, gilt für die Fälle, in denen eine Operation erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant ist sowie für die Fälle, in denen grundsätzlich keine OP geplant ist, eine Dokumentation auch dann als vollständig zu werten, wenn in Abschnitt 2 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 2.1 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren sich die Angaben im Abschnitt 3 „aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ auf die klinischen Befunde beziehen. Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.1 sowie zu Abschnitt 3 (Ziffer 3.1. – 3.5) und 4 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen zu aktualisieren. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.

Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „sonstige Befunde“ aus. Die so erstellte Dokumentation ist abhängig vom Operationsdatum zu erstellen. Sie kann daher auch zeitlich nach einer Folgedokumentation erstellt werden und hat keinen Einfluss auf den Teilnahmebeginn Ihrer Patientin. Bitte beachten Sie dabei auch, dass eine solche Erstdokumentation nicht die regelhafte Folgedokumentation ersetzen kann.

In welchem Rhythmus sind die Dokumentationen zu erstellen?

Die Dokumentation sollte nach Möglichkeit bei jedem Nachsorgetermin erstellt werden. Entsprechend den Ausführungen in der DMP-A-RL gilt hierzu folgendes:

Die Dokumentation erfolgt bei Patientinnen mit einer Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines kontralateralen Brustkrebses oder eines lokoregionären Rezidivs **innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal**.

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs) auf, erfolgt die Dokumentation **ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal**.

Tritt ein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs) während oder nach Ablauf der ersten 5 Jahre nach Sicherung des Erstbefundes auf, muss die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses wiederum **mindestens jedes zweite Quartal erfolgen**.

Abweichend davon werden Patientinnen mit **Einschreibung wegen Fernmetastasen** oder mit im **Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen** über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen **mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert**.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden.

Was ist bei einer Neuerkrankung während einer bereits bestehenden Teilnahme zu beachten?

Wie oben beschrieben, ändert sich in Abhängigkeit von dem Auftreten eines neuen Ereignisses während der bestehenden Teilnahme das Dokumentationsintervall. Tritt ein neues Ereignis nach Ablauf des 5. Jahres nach Sicherung der Erstdiagnose eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses auf, so wechselt das Dokumentationsintervall von mindestens jedes vierte Quartal (bzw. einmal jährlich) auf mindestens jedes zweite Quartal. Um fehlende Dokumentationen und damit ggf. eine Beendigung der Teilnahme Ihrer Patientin zu vermeiden, ist es daher unbedingt erforderlich, dass jedes neue Ereignis während einer bestehenden Teilnahme zeitnah zur histologischen Sicherung, spätestens bei der nächsten fälligen

Dokumentation, mittels einer vollständigen Folgedokumentation an die Krankenkasse gemeldet wird. Damit wird die Krankenkasse u. a. in die Lage versetzt, Sie und Ihre Patientin an anstehende Dokumentationstermine zu erinnern.

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet?

Nach der Erstellung der Dokumentation ist diese innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle zu übermitteln. Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird sie Ihnen in Kopie zur Korrektur zurück geschickt. Die vollständige und plausible Folgedokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung erneut von Ihnen unter Angabe des Korrekturdatums zurückgesandt werden und der vertraglich vereinbarten Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde, vorliegen. Für Erstdokumentationen haben Sie zusätzlich ein Quartal Zeit. Vergleichen Sie hierzu bitte auch die Schaubilder zur Verfristung am Ende der Kapitel 4.5 und 4.7.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die Kopfstelle DMP Brustkrebs.

4.3 Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle

Die Dokumentationsdaten sind elektronisch zu übermitteln. Dabei sind folgende Schritte zu beachten:

1. Sie erfassen die Datensätze mit Ihrem PC und Ihrer DMP-Praxisverwaltungs-Software (PVS) – inklusive Datum, an dem Sie die Dokumentation abschließen.
2. Die Datensätze werden über die PVS automatisch bestimmten Verarbeitungsschritten unterzogen, z. B. wird die Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.
3. Die Dateien werden auf der Festplatte Ihres PCs gespeichert.
4. Es werden so erfasste Datensätze bis zum Versand an die Datenstelle gesammelt.
5. Die Datensätze werden vor dem Versand an die Datenstelle automatisch verschlüsselt.
6. Die Übermittlungsdatei wird per E-Mail an die Datenstelle versendet.
7. Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Unvollständige Dateien können nicht angenommen werden und werden an Sie zurückgesandt. In diesem Fall erstellen Sie bitte umgehend erneut eine Übermittlungsdatei und versenden diese an die Datenstelle.
8. Der Korrekturprozess für dennoch unvollständige und unplausible Dokumentationsdatensätze erfolgt nicht elektronisch, sondern auf Papierausdrucken. Stellt die Datenstelle bei der Prüfung der Dokumentationsdaten unvollständige oder nicht plausible Angaben fest, so werden diese Daten im Rahmen des telefonischen Korrekturverfahrens mit Ihnen besprochen. Der geänderte Bogen wird Ihnen zur Unterschrift übersandt und muss innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes abgeschlossen sein.

Sollten Sie Fragen zur Umsetzung der elektronischen Dokumentation im DMP haben, wenden Sie sich bitte an die Kopfstelle DMP Brustkrebs.

4.4 Aufbau der Erstdokumentation

Die Dokumentation besteht aus den unten aufgeführten nummerierten Abschnitten, die nachfolgend näher erläutert werden. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen. Durch die computergestützte Erfassung sind technisch bedingte Abweichungen der Darstellungen möglich.

Die Erstdokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

Erst-Dokumentation Brustkrebs	
Kostenträgername Name, Vorname des Versicherten geb. am.	0. Kopffeld
Krankenhaus-IZ Arztstempel Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Unbestimmt	
Einschreibung Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein Primärtumor Datum der histologischen Sicherung Kontralateraler Brustkrebs Datum der histologischen Sicherung Lokoregionäres Rezidiv Datum der histologischen Sicherung Fernmetastasen Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen	1. Einschreibung erfolgte wegen
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Operative Therapie ☐ BET ☐ Mastektomie ☐ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ☐ Axilläre Lymphonodektomie ☐ Anderes Vorgehen ☐ OP geplant ☐ OP nicht geplant	2. Anamnese und Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses TNM-Klassifizierung ☐ (p) Pathologisch (postoperativ) ☐ (c) Klinisch ☐ (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie T ☐ X ☐ Tis ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 N ☐ X ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 M ☐ 0 ☐ 1 Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score [IRS]) ☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Unbekannt	3. Akt. Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ☐ Aromataseinhibitoren ☐ Tamoxifen ☐ Andere ☐ Keine ☐ Endokrine Therapie geplant Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ☐ Nein ☐ nicht belastend ☐ mäßig belastend ☐ stark belastend ☐ nicht erforscht Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie ☐ Vorzeitig beendet ☐ Regelmäßig abgeschlossen ☐ Andauernd < 5 Jahre ☐ Andauernd > 5 Jahre ☐ Keine Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund ☐ Auffällig ☐ Unauffällig ☐ Unbekannt	4. Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
Befunde und Therapie von Fernmetastasen Lokalisation von Fernmetastasen ☐ Knochen ☐ viszeral ☐ ZNS ☐ Andere Therapie bei Knochenmetastasen a) Bisphosphonate ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kontraindikation b) Denosumab ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kontraindikation	5. Befunde und Therapie von Fernmetastasen
Sonstige Befunde Symptomatisches Lymphödem ☐ Ja, Kompressionsarm- strumpftherapie erforderlich ☐ Ja, keine Kompressionsarm- strumpftherapie erforderlich ☐ Nein Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgeben ☐ Ja ☐ Nein Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie ☐ Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin) ☐ Trastuzumab ☐ linothorakale Bestrahlung ☐ Unbekannt ☐ Nein Körpergröße cm Körpergewicht kg Ursprüngliches Erstelldatum der Dokumentation Datum der Korrektur Unterschrift des Arztes	6. Sonstige Befunde
7. Datum	

4.5 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)

Alle Angaben in den folgenden Dokumentationsabschnitten sind als Beispiele zu verstehen.

0. Kopffeld¹

0.1 Einlesen der Versichertenkarte

Das Einlesen der Versichertendaten erfolgt wie gewohnt über Ihre Praxissoftware. Die Daten der Patientin werden in unterschiedlicher Weise übernommen, abhängig von Ihrem Softwareanbieter.

0.2: DMP-Fallnummer

DMP-Fallnummer

(oben rechts auf dem Formular)

Für jede Patientin ist durch den Arzt genau eine **DMP-Fallnummer** zu vergeben, die aus **maximal sieben Ziffern (0-9)** und/oder Zeichen bestehen darf. Die Fallnummer darf **jeweils nur für eine Patientin** verwendet werden.

Die Fallnummer hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedback-Berichte Ihren Patientinnen trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher **in der Folgedokumentation unbedingt weitergeführt** werden.

0.3: Krankenhaus-IK

Krankenhaus-IK

Erfolgt die Einschreibung bzw. Koordination der Patientin durch das Krankenhaus, ist an dieser Stelle das Institutionskennzeichen einzutragen. In allen anderen Fällen, d.h. Einschreibung bzw. Koordination durch einen belegärztlich tätigen Arzt bzw. niedergelassenen Vertragsarzt, ist die Angabe der „Krankenhaus-IK“ nicht zugelassen.

1 Einschreibung

Voraussetzung für die Einschreibung ist

- der histologische Nachweis eines Brustkrebses (Primärtumor oder kontralateraler Brustkrebs) oder
- der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder
- eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebses.

Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP.

¹ Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern beziehen sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

Für die Einschreibung sollte grundsätzlich der jüngste Befund verwendet werden. Sollten bei Ihrer Patientin bereits mehrere Brustkrebsstadien histologisch gesichert sein, ist die Angabe eines histologischen Nachweises ausreichend.

Machen Sie mehrere unterschiedliche Angaben zum Datum der histologischen Sicherung der jeweiligen Brustkrebsstadien, ist für das weitere Ausfüllen des Bogens immer das jüngste der angegebenen Daten ausschlaggebend.

Gültig sind daher nur Datumsangaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines **Primärtumors zeitlich vor** dem Datum der histologischen Sicherung eines **kontralateralen Brustkrebses** und / oder eines **lokoregionären Rezidivs** und / oder **von Fernmetastasen** liegt bzw. die Datumsangaben gleich sind.

Nicht gültig sind somit Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs liegt oder von Fernmetastasen liegt. In diesen Fällen erhalten Sie den Bogen mit der Bitte zurück, die Angaben zu überprüfen und zu korrigieren.

Liegen Fernmetastasen vor, erfolgt die Einschreibung immer aus diesem Grund und ist für das weitere Ausfüllen des Bogens zu Grunde zu legen.

Abhängig davon, welche Diagnose zur Einschreibung der Patientin in das Programm geführt hat, sind in der Folge unterschiedliche Angaben auf dem Dokumentationsbogen erforderlich. Der Abschnitt 6 (Sonstige Befunde) sowie 7 (Datum) sind davon unabhängig immer auszufüllen.

1.1: Einschreibung aufgrund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses

(Dokumentationsfeld 10 und 11)

Einschreibung		Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein	
Primärtumor			
Datum der histologischen Sicherung			
Kontralateraler Brustkrebs			
Datum der histologischen Sicherung			

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** ist das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 10 Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines Primärtumors und eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises des kontralateralen Brustkrebses möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation im Abschnitt 4.7).

Ist die histologische Sicherung eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund,

sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 2),
- „Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 3)
- „Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Abschnitt 4) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 6)

erforderlich. Der Abschnitt 5 (Befunde und Therapie von Fernmetastasen) muss frei bleiben.

1.2: Einschreibung aufgrund eines lokoregionären Rezidivs

(Dokumentationsfeld 12)

Lokoregionäres Rezidiv

Datum der histologischen Sicherung

--	--	--	--	--	--	--	--

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs**, ist ebenfalls das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 10 Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines lokoregionären Rezidivs und eines Primärtumors sowie ggf. noch zusätzlich eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs bzw. der Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund**, müssen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes 6 „sonstige Befunde“ machen.

Die Abschnitte 2, 3, 4 und 5 müssen dann frei bleiben.

1.3: Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen

(Dokumentationsfeld 13)

Fernmetastasen

Datum der diagnostischen Sicherung
von Fernmetastasen

--	--	--	--	--	--	--	--

Ist der Grund der Einschreibung das Vorliegen von Fernmetastasen, gelten die Fernmetastasen immer als primärer Einschreibegrund, unabhängig von dem Datum der diagnostischen Sicherung. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation des Primärtumors oder des kontralateralen Brustkrebses bzw. des lokoregionären Rezidivs anzugeben.

Sollte Ihnen das genaue Datum der Erstmanifestation bzw. des kontralateralen Brustkrebses oder des lokoregionären Rezidivs nicht bekannt sein, können Sie ersatzweise auch nur das Jahr der histologischen Sicherung im Format 00.00.JJJJ angeben.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können zeitlich unbefristet am Programm teilnehmen.

Schreiben Sie Ihre Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen ein und haben Sie hierzu das Datum der Diagnosesicherung an der vorgesehenen Stelle eingetragen, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes

- „Befunde und Therapie von Fernmetastasen“ (Abschnitt 5) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 6)

erforderlich. Die Abschnitte 2, 3, und 4 müssen dann frei bleiben.

Die Dokumentation erfolgt bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen, oder, wenn im Verlauf einer bestehenden Teilnahme Fernmetastasen auftreten, über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal.

2 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 2.1 sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind.

2.1: Operative Therapie

(Dokumentationsfeld 14)

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses				
Operative Therapie	☐ BET	☐ Mastektomie	☐ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	☐ Axilläre Lymphonodektomie
	☐ Anderes Vorgehen	☐ OP geplant	☐ OP nicht geplant	

In der Regel wird die Diagnose vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Daher kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation die operative Primärtherapie noch nicht erfolgt ist oder für die Zukunft auch nicht geplant ist.

Für die Fälle, in denen die operative Therapie noch nicht erfolgt, aber bereits geplant ist, geben Sie zunächst bitte „**OP geplant**“ an. Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll, kreuzen Sie bitte „**OP nicht geplant**“ an. In beiden Fällen müssen sich in Abschnitt 3 die Angaben zu den Felder 15 – 18 auf den klinischen Befund beziehen.

TNM-Klassifizierung	☐ (p) Pathologisch (postoperativ)	☐ (c) Klinisch	☐ (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie
---------------------	--	---------------------------------------	---

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 3 und 4 innerhalb von vier Wochen nach einer erfolgter OP nachträglich zu aktualisieren sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 4). Dabei ersetzt diese Aktualisierung nicht die regelhafte Folgedokumentation!

Wenn die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Antwortmöglichkeiten dieses Dokumentationsfeldes möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, geben Sie die Art der erfolgten operativen Therapie an. Sofern es sich bei der durchgeführten operativen Therapie weder um eine BET oder Mastektomie noch um eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie oder Axilläre Lymphonodektomie handelt, geben Sie bitte „Anderes Vorgehen“ an. In allen Fällen sind im Weiteren die Angaben im kompletten Abschnitt 3 (Dokumentationsfeld 15 - 19) erforderlich und müssen sich auf den post-operativen Befund beziehen.

3 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 3.1 – 3.5 sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind. Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.

3.1: TNM-Klassifizierung

(Dokumentationsfeld 15)

Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses			
TNM-Klassifizierung	☐ (p) Pathologisch (postoperativ)	☐ (c) Klinisch	☐ (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob sich die nachfolgenden Angaben zur TNM-Klassifikation (Ziffer 3.2 - 3-4) auf das Ergebnis klinischer Untersuchungen („c“), eines chirurgischen Eingriffs und histopathologischen Untersuchungen („p“) oder einem chirurgischen Eingriff und histopathologischer Untersuchung nach vorangegangener neoadjuvanter Therapie („yp“) beziehen.

Sofern Sie in Ziffer 2.1 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ angegeben haben, ist hier nur die Angabe „(c) Klinisch“ zulässig.

3.2 pT
 3.3 pN
 3.4 M

} Angaben zur TNM-Klassifikation

(Dokumentationsfelder 16 – 18)

T	☐ X	☐ Tis	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
N	☐ X		☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
M			☐ 0	☐ 1			

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise in Ziffer 3.2 und 3.3 „X“ angeben.

Unter der Angabe „Tis“ ist hier nur ein DCIS, nicht aber ein LCIS anzugeben.

Es ist jeweils nur eine Angabe je Ausprägung möglich.

3.5: Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS))

(Dokumentationsfeld 19)

Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score [IRS])	☐ Positiv	☐ Negativ	☐ Unbekannt
--	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) an.

Die Befundeinteilung richtet sich dabei nach dem Immunreaktiven Score (IRS) nach Remmele et al 1987². Sollte der Status nicht bekannt sein (z. B. weil noch keine OP erfolgt ist), geben Sie bitte „Unbekannt“ an. Sofern der Hormonrezeptorstatus positiv ist, sind im Weiteren die Angaben in Abschnitt 4 (Dokumentationsfeld 20 – 23) verpflichtend.

4. Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind sowie in Abhängigkeit eines in Ziffer 3.5 dokumentierten positiven Hormonrezeptorstatus (Dokumentationsfeld 19). Sofern der Hormonrezeptorstatus negativ ist oder aber bei der TNM-Klassifizierung eine Metastase dokumentiert wurde (Dokumentationsfeld 18 = 1), ist hier keine Angabe zulässig.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (4.1), deren Nebenwirkungen (4.2) sowie die Dauer der Therapie (4.3) erfragt.

4.1: Aktuelle adjuvante endokrine Therapie

(Dokumentationsfeld 20)

Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses					
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	☐ Aromataseinhibitoren	☐ Tamoxifen	☐ Andere	☐ Keine	☐ Endokrine Therapie geplant

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde. Wurde der Hormonrezeptorstatus als „unbekannt“ dokumentiert, ist die Angabe optional. Nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten Therapie an.

² Der IRS berechnet sich als die Punktwerte aus dem Anteil der positiven Zellkerne (0 - 4 Punkte) multipliziert mit den Punktwerten aus der Beurteilung der Farbindensität (0 – 3 Punkte). Es ergibt sich so ein Punktwert zwischen 0 – 12. Der Hormonrezeptorstatus gilt als positiv, wenn der IRS > 1 ist. Ergeben sich aus der Score-Bewertung zu Östrogen und Progesteron unterschiedliche Ergebnisse, ist der Befund des höheren Scores zu dokumentieren.

Sofern aktuell eine adjuvante Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 4.2 und 4.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist darüber hinaus auch eine Angabe zu Ziffer 4.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z. B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) zulässig.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren keine Angabe zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) möglich.

4.2: Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie

(Dokumentationsfeld 21)

Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie	☐ Nein	☐ nicht belastend	☐ mäßig belastend	☐ stark belastend	☐ nicht erfragt
--	-------------------------------	--	--	--	--

Eine Angabe ist erforderlich sofern in Ziffer 4.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig mögliche Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden. Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkung sind „mäßig belastend“ und „stark belastend“.

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

4.3: Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie

(Dokumentationsfeld 22)

Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie	☐ Vorzeitig beendet	☐ Regulär abgeschlossen	☐ Andauernd < 5 Jahre	☐ Andauernd > 5 Jahre	☐ Keine
---	--	--	--	--	--------------------------------

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von 5 Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der bisherigen adjuvanten Therapie an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung bereits beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

4.4: Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund

(Dokumentationsfeld 23)

Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund

☐ Auffällig

☐ Unauffällig

☐ Unbekannt

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 4.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist. Sofern keine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist, ist eine Angabe nicht zulässig; nur eine Angabe ist möglich.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.

Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

5 Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Ziffer 1.3 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

5.1: Lokalisation von Fernmetastasen

(Dokumentationsfeld 24)

Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Lokalisation von Fernmetastasen

☐ Knochen

☐ viszeral

☐ ZNS

☐ Andere

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den Lokalisationsort der Fernmetastase an. Hierbei können alle Antworten kombiniert werden.

5.2: Therapie bei Knochenmetastasen

(Dokumentationsfeld 25)

Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate	☐ Ja	☐ Nein	☐ Kontraindikation
	b) Denosumab	☐ Ja	☐ Nein	☐ Kontraindikation

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 5.1 die Angabe „Knochen“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- a) Bisphosphonaten und
- b) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

6 Sonstige Befunde

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind - unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund, dem operativen Status oder einer andauernden bzw. abgeschlossen endokrinen Therapie - für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

6.1: Symptomatisches Lymphödem

(Dokumentationsfeld 26)

Sonstige Befunde		
Symptomatisches Lymphödem	☐ Ja, Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich	☐ Ja, keine Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich ☐ Nein

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich ist.

Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an.

6.2: Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben

(Dokumentationsfeld 27)

Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	☐ Ja ☐ Nein
--	---

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

6.3: Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie

(Dokumentationsfeld 28)

Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie	☐ Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)	☐ Trastuzumab	☐ linksthorakale Bestrahlung	☐ Unbekannt	☐ Nein
---	--	--------------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Anthrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

6.4: Körpergröße

(Dokumentationsfeld 29)

Körpergröße				cm
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße, z. B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

6.5: Körpergewicht

(Dokumentationsfeld 30)

Körpergewicht				kg
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht, z. B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

7 Datum

7.1: Datum der Erstellung

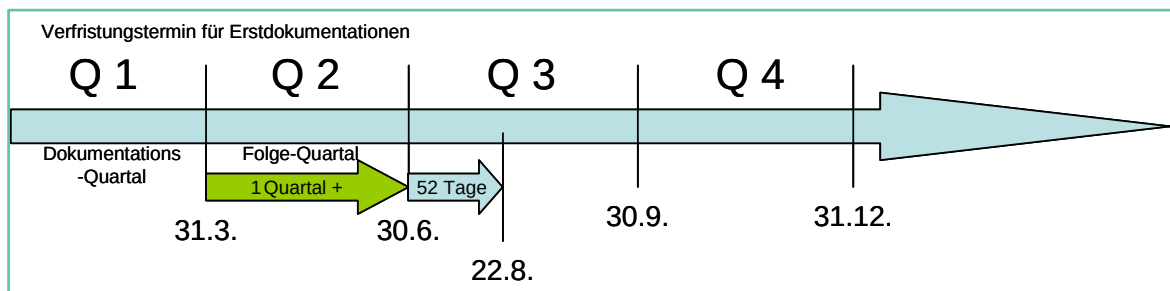
Ursprüngliches Erstelldatum der Dokumentation . .	Datum der Korrektur . .	Unterschrift des Arztes
---	--	-------------------------

Für die Einschreibung der Patientin in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diesen **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Die vollständige und plausible Dokumentation muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur **innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

Zur Berechnung des Verfristungstermins für die Erstdokumentationen nachfolgend ein Beispiel:

Abbildung 5: Verfristungstermin Erstdokumentation



4.6 Aufbau der Folgedokumentation

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

Die Folgedokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

Kostenträgername		Folge-Dokumentation Brustkrebs	
Name, Vorname des Versicherten		DMP-Fallnummer	
geb. am.			
Kostenträgerkennung		Krankenhaus-IK	
Versicherten-Nr.		Arztstempel	
Status			
Betriebsstätten-Nr.		Geschlecht	
Arzt-Nr.		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Unbestimmt	
Datum			
Einschreibung erfolgte wegen			
☐ Primärtumors ☐ Lokoregionäres Rezidiv			
☐ Kontralateralen Brustkrebses ☐ Fernmetastasen			
Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)			
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ☐ Aromataseinhibitoren ☐ Tamoxifen ☐ Andere ☐ Keine ☐ Endokrine Therapie geplant			
Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ☐ Nein ☐ nicht belastend ☐ mäßig belastend ☐ stark belastend ☐ nicht erfragt			
Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation ☐ Vorzeitig beendet ☐ Regelmäßig abgeschlossen ☐ Andauernd < 5 Jahre ☐ Andauernd > 5 Jahre ☐ Keine			
Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund ☐ Auffällig ☐ Unauffällig ☐ Unbekannt			
Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse			
Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung) oder ☐ Nein			
Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung) oder ☐ Nein			
Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung) oder ☐ Nein			
☐ Knochen ☐ viszeral ☐ ZNS ☐ Andere			
Biopsische Sicherung der viszeralen Metastasen ☐ Ja ☐ Nein ☐ geplant			
Lymphödem ☐ Ja, Kompressionsarm- strumpfpflege erforderlich ☐ Ja, keine Kompressionsarm- strumpfpflege erforderlich ☐ Nein			
Sonstige Befunde			
Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben ☐ Ja ☐ Nein			
Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie ☐ Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin) ☐ Trastuzumab ☐ linksthorakale Bestrahlung ☐ Unbekannt ☐ Nein			
Körpergröße cm		Körpergewicht kg	
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)			
Therapie bei Knochenmetastasen			
a) Bisphosphonate ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kontraindikation			
b) Denosumab ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kontraindikation			
Ursprüngliches Erstellungsdatum der Dokumentation		Datum der Korrektur Unterschriftsdatum	
		Unterschrift des Arztes	

0. Kopffeld

1. Einschreibung erfolgte wegen

2. Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)

3. Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

4. Sonstige Befunde

5. Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

6. Datum

4.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

0 Kopfdaten

0.1: Versichertenkarte einlesen (entspricht dem Abschnitt 0 für die Erstdokumentation)

(Dokumentationsfeld 10)

Einschreibung erfolgte wegen

Einschreibung erfolgte wegen	
☒ Primärtumors	☒ Lokoregionären Rezidivs
☒ Kontralateralen Brustkrebses	☒ Fernmetastasen

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Wie auch bei der Erstdokumentation ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Abschnitte davon abhängig, welche Diagnose zur Einschreibung geführt hat. Tragen Sie daher bitte hier die Diagnose ein, die Sie zur Einschreibung der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm veranlasst hat.

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt sein, sind auf der Folgedokumentation nur Angaben zu den Abschnitten

- **2 „Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)“**
- **3 „Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“, und**
- **4 „Sonstige Befunde“**
- **6.1 „Datum der Erstellung“ zwingend erforderlich.**

Angaben zum Abschnitt 5 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ sind in der Regel nicht notwendig (siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 4).

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines **lokoregionären Rezidivs** oder von **Fernmetastasen** erfolgt sein, sind nur die Angaben zu den **Abschnitten 3, 4, 5 und zum „Datum der Erstellung“ (6.1) zwingend erforderlich**. Die Angaben zum Abschnitt 2 sind nicht erforderlich.

2 Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie) (entspricht Abschnitt 4 der Erstdokumentation)

(Dokumentationsfelder 11 – 14)

Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)					
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	☒ Aromataseinhibitoren	☒ Tamoxifen	☒ Andere	☒ Keine	☐ Endokrine Therapie geplant
Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie	☒ Nein	☒ nicht belastend	☒ mäßig belastend	☒ stark belastend	☒ nicht erfragt
Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation	☒ Vorzeitig beendet	☒ Regelmäßig abgeschlossen	☒ Andauernd < 5 Jahre	☒ Andauernd > 5 Jahre	☒ Keine
Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund	☒ Auffällig	☒ Unauffällig	☒ Unbekannt		

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und Sie dies in Abschnitt 1 entsprechend dokumentiert haben sowie in Abhängigkeit eines positiven Hormonrezeptorstatus.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (2.1), deren Nebenwirkungen (2.2) sowie die Dauer der Therapie (2.3) erfragt.

2.1: Aktuelle adjuvante endokrine Therapie

(Dokumentations-Feld 11)

Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)					
Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	☒ Aromataseinhibitoren	☒ Tamoxifen	☐ Andere	☐ Keine	☐ Endokrine Therapie geplant

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten endokrinen Therapie an.

Sofern aktuell eine adjuvante endokrine Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 2.2 und 2.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist auch eine Angabe zu Ziffer 2.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z. B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

2.2: Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie

(Dokumentationsfeld 12)

Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie	☒ Nein	☐ nicht belastend	☐ mäßig belastend	☐ stark belastend	☐ nicht erfragt
---	--	--	--	--	--

Eine Angabe ist erforderlich sofern in Ziffer 2.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden. Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkungen sind „mäßig belastend“ und „stark belastend“.

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

2.3: Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation

(Dokumentationsfeld 13)

Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation

☐ Vorzeitig beendet ☐ Regulär abgeschlossen ☐ Andauernd < 5 Jahre ☐ Andauernd > 5 Jahre ☐ Keine

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von 5 Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der adjuvanten Therapie seit der letzten Dokumentation an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie in der Zeit zwischen der jetzigen und der letzten Dokumentation beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuelle andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

2.4: Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund

(Dokumentationsfeld 14)

Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund

☐ Auffällig ☐ Unauffällig ☐ Unbekannt

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 2.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.

Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von der zur Einschreibung zugrunde gelegten Diagnose immer erforderlich.

Bei Neuauftreten eines histologisch gesicherten kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs während der Programmteilnahme verlängert sich der Verbleib einer Patientin im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs um weitere 10 Jahre nach histologischer Sicherung. Daher ist es erforderlich, dass Sie hierzu eine taggenaue Angabe machen. Eine Patientin mit Fernmetastasen kann zeitlich unbegrenzt im Programm verbleiben.

3.1: Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)

(Dokumentationsfeld 15)

Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse	
Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)	oder ☐ Nein

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf seit der letzten Dokumentation ein lokoregionäres Rezidiv aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „Nein“ an.

3.2: Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)

(Dokumentationsfeld 16)

Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)	oder ☐ Nein
---	--

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **kontralateraler Brustkrebs** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei die Angabe des taggenauen Datums erforderlich. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.3: Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen)

(Dokumentationsfeld 17)

Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	oder	☐ Nein
	☐ Knochen	☐ viszeral	☐ ZNS	☐ Andere					

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation Fernmetastasen** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum an, an dem die Diagnose gesichert wurde. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in Abhängigkeit von der Lokalisation der Fernmetastase auch Angaben zu der Ziffer 5.1 des Abschnittes 5 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Geben Sie bitte daher die Lokalisation der Fernmetastasen an.

Sollten bei Ihrer Patientin **viszerale Metastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 3.4 erforderlich, eine Angabe in Ziffer 5.1 ist bei alleinigem Vorliegen von viszeralen Metastasen hingegen nicht zulässig.

Sollten bei Ihrer Patientin Knochenmetastasen vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 5.1 im Abschnitt 5 erforderlich.

Sollten seit der letzten Dokumentation keine Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „Nein“ an.

3.4 Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen

(Dokumentationsfeld 18)

Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen	☐ Ja	☐ Nein	☐ geplant
---	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern in Ziffer 3.3 mindestens die Angabe „viszeral“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben. Nur eine Angabe ist möglich.

Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapie relevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

Geben Sie bitte an, ob eine bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen erfolgt ist. Sollte eine Biopsie geplant aber zum Zeitpunkt der Dokumentation noch nicht erfolgt sein, geben Sie bitte „geplant“ an.

3.5: Symptomatisches Lymphödem (entspricht Ziffer 7.1 der Erstdokumentation)

(Dokumentationsfeld 19)

Lymphödem	☐ Ja, Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich	☐ Ja, keine Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich	☐ Nein
------------------	--	--	-------------------------------

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich ist.

Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an.

4 Sonstige Befunde

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind - unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund - für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

4.1 Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgeben

(Dokumentationsfeld 20)

Sonstige Befunde		
Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgeben	☐ Ja	☐ Nein

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

4.2: Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie

(Dokumentationsfeld 21)

Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie	☐ Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)	☐ Trastuzumab	☐ linksthorakale Bestrahlung	☐ Unbekannt	☐ Nein
---	--	--------------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Anthrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

4.3: Körpergröße

(Dokumentationsfeld 22)

Körpergröße				cm
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße, z. B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

4.4: Körpergewicht

(Dokumentationsfeld 23)

Körpergewicht				kg
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht, z. B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

5 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Knochenmetastasen erfolgt ist oder eine solche Diagnose bei einer der letzten Dokumentationen festgestellt wurde und Sie dies in Abschnitt 1 („Einschreibung erfolgte wegen“) bzw. 3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“) entsprechend dokumentiert haben (bei aktueller oder früherer Dokumentation).

5.1: Therapie bei Knochenmetastasen

(Dokumentationsfeld 24)

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)				
Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate	☐ Ja	☐ Nein	☐ Kontraindikation
	b) Denosumab	☐ Ja	☐ Nein	☐ Kontraindikation

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern bei der aktuellen oder einer vorangegangenen Dokumentation in Ziffer 3.3 die Angabe „Knochen“ dokumentiert wurde oder aber die Einschreibung aufgrund von Knochenmetastasen erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- a) Bisphosphonaten und
- b) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

6 Datum

6.1: Datum der Erstellung (entspricht Erstdokumentation Ziffer 7.1)

(Dokumentationsfeld 24)

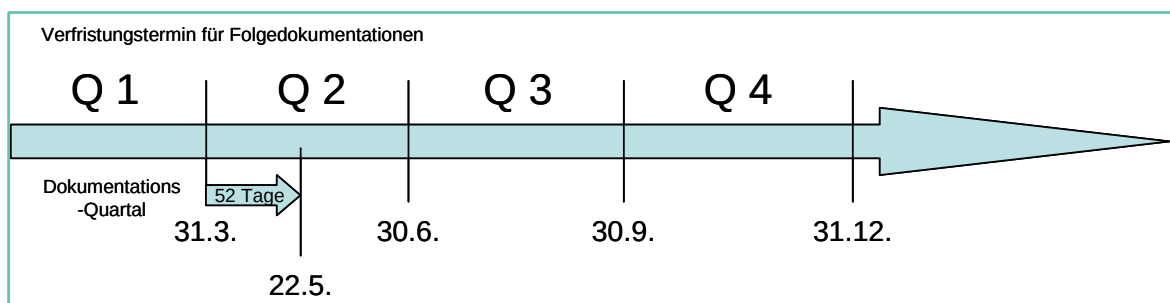
Ursprüngliches Erstelldatum der Dokumentation . .	Datum der Korrektur . .	Unterschrift des Arztes
---	--	-------------------------

Für den Verbleib der Patientin im DMP ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diese **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

Zur Berechnung des Verfristungstermins bei Folgedokumentationen nachfolgend ein Beispiel:

Abbildung 6: Verfristungstermin Folgedokumentation

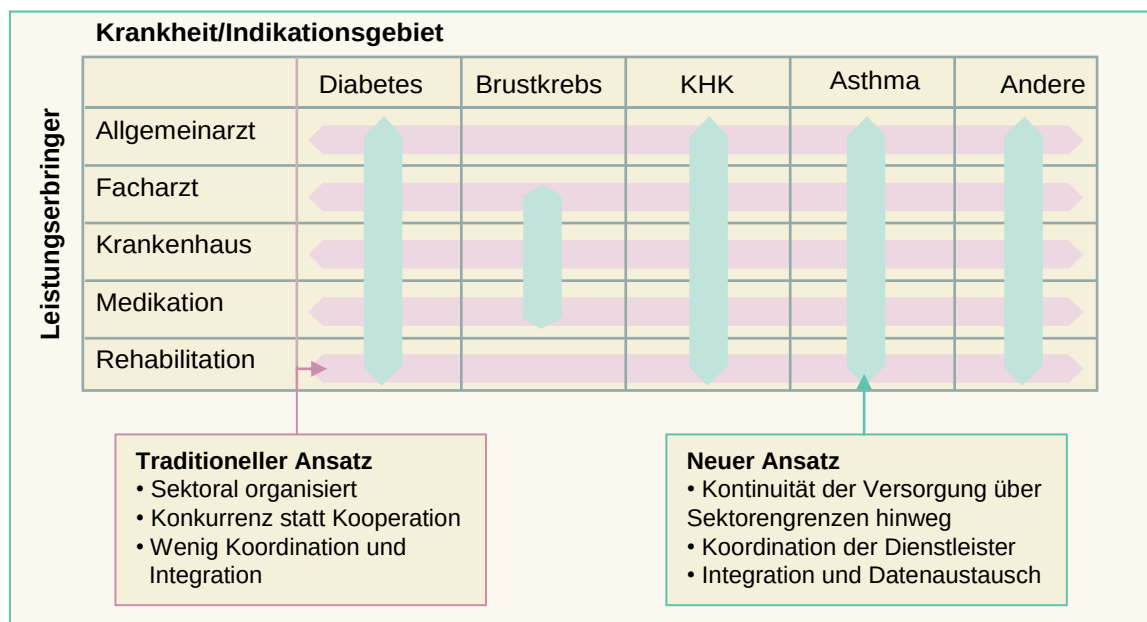


5. Grundlagen zum Disease Management

5.1 Was bedeutet Disease Management?

Disease Management fasst unterschiedliche Maßnahmen zur optimalen Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes zusammen. Es handelt sich dabei um eine Versorgungsform, die sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung mit dem Ziel befasst, durch Integration und Koordination aller an der Behandlung der Erkrankung beteiligten Organisationen eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter optimalem Einsatz zur Verfügung stehender Ressourcen zu erreichen ⁽¹⁾.

Abbildung 7: Innovativer Ansatz von Disease Management



Quelle: modifiziert aus Szathmary B: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen ⁽¹⁾.

5.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme?

Obwohl es viele verschiedene Möglichkeiten für die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen gibt, basieren sie auf gemeinsamen Grundzügen:

1. Fokussierung auf eine Population oder Risikogruppe wie z. B. an Brustkrebs erkrankter Frauen anhand von „Einschreibekriterien“;
2. Existenz einer Wissensbasis, die stetig aktualisiert werden muss, in der Regel evidenzbasierte Grundlagen mit Angabe von Behandlungszielen;
3. Strukturregelungen der Prozesse im Versorgungssystem: Koordination unterschiedlicher Versorger, Definition von Versorgerzuständigkeiten und klare Absprachen innerhalb der Ärzteschaft, Einbeziehung medizinischer Hilfsberufe und der Patienten selbst;
4. Messung der Ergebnisse und kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

Weitere wichtige Bestandteile von Disease-Management-Programmen sind praktische Organisationshilfen, die in unterschiedlicher Anzahl und Zusammensetzung kombiniert werden und deren Wirksamkeit im Hinblick auf Verbesserungen von Prozessparametern, wie der periodischen Durchführung empfohlener Untersuchungen, und Ergebnisparametern bereits belegt werden konnten ⁽³⁻⁶⁾.

Disease Management eignet sich besonders für Erkrankungen, bei denen die Versorgung durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen verbessert werden kann, für die in hochwertigen kontrollierten Studien ein Nutzen nachgewiesen wurde. Dabei stehen besonders diejenigen Erkrankungen im Vordergrund, die durch eine hohe Inzidenz, hohen Betreuungs- und Behandlungsaufwand, eine ausgeprägte Variabilität in Bezug auf medizinische Maßnahmen und Interventionen und die Möglichkeit gekennzeichnet sind, durch eine strukturierte und kontinuierliche Behandlung den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. Typische und erprobte Beispiele sind Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und bestimmte Tumorleiden wie beispielsweise Brustkrebs.

DMP-Bestandteil	Vorteil
Remindersysteme	Erinnerungsfunktion führt zur Einhaltung wichtiger Untersuchungstermine und sichert die Kontinuität der Versorgung
Hilfen zu Therapieentscheidungen	- Evidenzbasierte Leitlinien stellen das aktuell verfügbare Wissen/ „best practice“ zur Verfügung - Interdisziplinärer Austausch in Qualitätszirkeln kann ebenfalls eine Entscheidungshilfe darstellen
Arzt-Feedback-Berichte	basieren auf der Dokumentation und ermöglichen einen Überblick über den Behandlungsverlauf der eigenen Patienten. Dies ermöglicht, eigene Stärken und Schwächen in der Versorgung der im DMP Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen ausfindig zu machen und daraus Handlungskonsequenzen abzuleiten
Optimierte Praxisorganisation	Trennung von akuten und chronischen Versorgungsbereichen; Verteilung der Arbeitsaufgaben und Einbeziehung des Praxispersonals in die Betreuung chronisch Kranker kann zu Arbeitserleichterung und Qualitätsverbesserung führen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeit im DMP mit einer Vielzahl von Vorteilen verbunden ist. Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte noch einmal dargestellt:

Gesundheitssystem
- Etablierung evidenzbasierter Handlungsgrundlagen - Möglichkeit der Ergebnismessung - höhere Kosteneffektivität - verbesserte Verteilung der Ressourcen - bessere Kooperation unter den Leistungserbringern - nahtlose Versorgung
Ärzte
- Gelegenheit zu effektiver und gemeinschaftlicher Arbeit in der Praxis - Aufbau guter, stabiler Beziehungen zu anderen Akteuren - guter Zugang zu evidenzbasierter Information - wachsende Professionalität
Patienten
- bessere Information - Verstärkte Einbeziehung in die Entscheidungsfindung - bessere Kontinuität und Konsistenz der Versorgung

6. Evidence-based Medicine (EbM)

6.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?

Der Begriff „evidenzbasierte Medizin (EbM)“ hat sich längst im medizinischen Alltag etabliert und ist fester Bestandteil der einschlägigen Literatur.

Evidenzbasierte Medizin stellt eine Methode dar, individuelle klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschungen zu vereinen ⁽¹⁾. Ziel ist es, Ärzten und Patienten eine Informationsbasis zur Verfügung zu stellen, die es ihnen ermöglicht, die bestmögliche individuelle diagnostische oder therapeutische Entscheidung zu treffen. David Sackett brachte dies 1998 mit folgenden Worten auf den Punkt: „Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung [] Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilskraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben.“ ⁽¹⁾

Das ärztliche Handeln wird bestimmt durch praktische Erfahrung, klinische Expertise und das Regelwissen. Für praktisch tätige Ärzte ist es sehr wichtig, Zugang zu validen und objektiven Informationen zu bekommen. Im Zeitalter des Internets wird die Beschaffung relevanter Informationen zwar immer einfacher, es entbindet den Arzt jedoch nicht davon, die erhaltenen Informationen auf ihre klinische Relevanz hin zu beurteilen.

Im Gegensatz zum Regelwissen sind klinische Expertise und praktische ärztliche Intuition inhaltlich weniger begründbar, aber patientennäher und fallbezogener; für den Arzt ist es sicher oft befriedigender, wenn er seine Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ für richtig hält. Das Regelwissen allerdings ist notwendig, da viele Effekte sich aufgrund kleiner Fallzahlen der individuellen Beobachtung entziehen.

6.2 Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen?

Ein wesentliches Ziel der Disease-Management-Programme besteht darin dazu beizutragen, die medizinische Versorgung von Patienten in Deutschland stärker nach den Kriterien und Methoden der evidenzbasierten Medizin auszurichten und die Patienten aktiv in die Entscheidung mit einzubeziehen. Mangelnde Evidenzbasierung kann zur Fehlversorgung der Patienten führen und die Grundlage für eine suboptimale medizinische Betreuung bilden; verbunden mit einer Verschwendung von finanziellen Mitteln beispielsweise für nicht erwiesenermaßen wirksame Medikamente bzw. Behandlungsverfahren.

Evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen bilden die Basis der medizinischen Anforderungen für die Disease-Management-Programme. Die Formulierung dieser medizinischen Anforderungen erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese Versorgungsinhalte stellen das derzeit bestverfügbare Wissen, also die externe Evidenz, dar. In der praktischen Anwendung muss die externe Evidenz durch die klinische Expertise individuell auf die Patientin angepasst werden.

Die Entscheidung, ob eine bestimmte Maßnahme durchgeführt wird oder nicht, obliegt im DMP Brustkrebs somit der Patientin und ihrem Arzt und nicht einem noch so korrekt recherchierten wissenschaftlichen Papier. Patientin und Arzt entscheiden gemeinsam individuell aufgrund einer konkreten Information über die Therapie. Dieses Vorgehen lässt zu, dass die Entscheidung im Einzelfall sehr unterschiedlich aussehen kann. Da sich die Wissenschaft weiterentwickelt, ist verständlich und folglich auch gesetzlich vorgeschrieben, dass diese evidenzbasierten Versorgungsinhalte regelmäßig auf den neuesten wissenschaftlichen Stand aktualisiert werden müssen.

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe

für das Disease-Management-Programm

Brustkrebs

Anhang

7. Anhang 1: Teilnahme- und Einwilligungserklärung Brustkrebs

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs
zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Brustkrebs

020E4

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T

T

M

M

J

J

J

Unterschrift des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T

T

M

M

J

J

J

Unterschrift
Stempel Arzt

Exemplar für die Datenstelle

25.05.2018 DSGVO Brustkrebs

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

020EH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Stempel Arzt

Exemplar für den Arzt

25.05.2018 DSGVO Brustkrebs

PRAXISMANUAL - DMP BRUSTKREBS

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. "Dritte") mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Anlage – Patientenmerkblatt –
zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs nach § 137 f SGB V
zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Eine Information für Patientinnen

Diagnose Brustkrebs – in dieser schwierigen Situation möchte Sie Ihre Krankenkasse unterstützen. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Situation zu überblicken. Durch die Teilnahme an diesem Programm werden Sie optimal behandelt, gut informiert und umfassend betreut.

Das Hauptziel im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs ist es, dafür zu sorgen, dass Sie eine auf Ihre individuelle Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört unter anderem auch, dass alle beteiligten Ärzte und Therapeuten sektorenübergreifend reibungslos zusammenarbeiten und Sie optimal behandelt und umfassend betreut werden. Intensive Beratung und umfassende Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, die Behandlungsschritte gemeinsam mit Ihrem Arzt des Vertrauens zu besprechen und so aktiv am Behandlungsprozess mitwirken zu können. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Umsetzung einer evidenzbasierten Therapie und Nachsorge.

Die Inhalte des Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser können nur am Programm teilnehmen, wenn sie die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie verpflichten sich beispielsweise zu regelmäßigen Fortbildungen und zur Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung der Brustkrebs-Patientinnen ständig zu verbessern.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Programms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört beispielsweise, dass

- der koordinierende Arzt sich vergewissert, dass vor Einleitung der Primärtherapie die Diagnose durch klinische Untersuchung, Röntgenbilder (Mammographie) in zwei Ebenen und Gewebeentnahme gesichert wurde,
- Sie nach dem besten gesicherten medizinischen Wissen behandelt werden, z. B. sollte die brusterhaltende Operation – unter Berücksichtigung der Kontraindikationen – die bevorzugte Operationsmethode sein,
- alle an Ihrer Therapie beteiligten Spezialisten reibungslos zusammenarbeiten und dass
- eine strukturierte Nachsorge stattfindet, die Ihnen helfen soll, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden. Die Nachsorge umfasst insbesondere in den ersten drei Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich und anschließend jährlich mindestens eine körperliche Untersuchung. Einmal jährlich findet die Röntgenuntersuchung der Brust statt. Die Nachsorge ist an Ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt in den unterschiedlichen Behandlungsphasen die nötige Abstimmung mit Krankenhausärzten, anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Wesentliche Therapiephasen der Brustkrebserkrankung werden im Krankenhaus behandelt, vor allem die Operation, aber häufig erfolgen auch Chemo- und Strahlentherapie im Krankenhaus. Ihr koordinierender Arzt übernimmt für Sie die Einweisung in ein in das DMP vertraglich eingebundenes Krankenhaus. Nach der Behandlung im Krankenhaus werden Sie weiterhin von Ihrem Arzt betreut. Im weiteren Behandlungsprozess prüft Ihr Arzt, ob Sie eine Behandlung durch weitere qualifizierte Spezialisten (z. B. zur Lymphdrainage oder Krankengymnastik) benötigen.

Beratungsgespräche versetzen Sie in die Lage, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken

Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem koordinierenden Arzt über jeden Schritt der Diagnose und Therapie. Ihr behandelnder Arzt berät Sie insbesondere über psychosoziale Hilfsangebote und informiert Sie über Selbsthilfegruppen und weitere spezielle Beratungseinrichtungen. Die in den Gesprächen gegebenen Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, stärker

aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken. Auch in der Nachsorgezeit führt Ihr koordinierender Arzt abhängig von Ihrer individuellen Situation mindestens viertel-, halb- bzw. jährlich ein zusätzliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem er Ihren persönlichen Nachsorgeplan mit Ihnen bespricht. Darüber hinaus sind auch weitere Beratungsgespräche möglich.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- Ihre Brustkrebserkrankung bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung ist eindeutig diagnostiziert, die sogenannte histologische Sicherung liegt bei Ihnen nicht länger als zehn Jahre zurück, es sei denn, Sie sind zwischenzeitlich wieder erkrankt oder bei Ihnen liegen Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung vor,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem niedergelassenen Arzt, betreuenden Krankenhausarzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre Teilnahme endet automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben. Die Teilnahme am Programm kann jedoch auch jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Ihre aktive Mitarbeit ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie vorzeitig aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn beispielsweise zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse möchte Sie gemeinsam mit den Ärzten Ihres Vertrauens in Ihrem Kampf gegen den Brustkrebs unterstützen.

8. Anhang 2: Häufig gestellte Fragen

8.1 Disease-Management-Programme in Deutschland

Was ist Disease Management?

Disease-Management-Programme (DMP) werden auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder als qualitätsgesicherte Programme bezeichnet.

Ursprünglich wurde dieser Begriff in den USA geprägt und beinhaltet den strukturierten Umgang mit der Erkrankung unter Einbeziehung aller an der Behandlung Beteiligten.

In Deutschland wurden die Programme 2002 eingeführt. Ziel ist es, die Versorgung von chronisch Kranken weiter zu verbessern. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass im Gegensatz zu einer hervorragenden Akutversorgung die Betreuung chronisch Kranker in Deutschland im internationalen Vergleich noch verbessert werden konnte. Das hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur medizinischen Über-, Unter- und Fehlversorgung von 2001 festgestellt und deshalb die Einführung spezieller Programme für chronisch Kranke empfohlen.

Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden oder in ihrem Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden.

Wie funktionieren DMPs?

Patienten können sich in ein Programm einschreiben, wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, wenn ihre Krankenkassen ein DMP für die vorliegende Krankheit anbieten und wenn der von ihnen gewählte Arzt an dem Programm teilnimmt. Der Patient unterschreibt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe. Diese Dokumente und die ausgefüllte Erstdokumentation werden vom Arzt an die entsprechende Datenstelle weitergeleitet.

Der Patient hat sich für die Erkrankung auf einen DMP-Arzt festgelegt, der nun für die weiteren Folgedokumentationen, aber auch für die krankheitsbezogenen Über- und Einweisungen verantwortlich ist. Der Verlauf der Behandlung und die Therapieziele werden zwischen Arzt und Patient abgestimmt, regelmäßige Folgetermine werden vereinbart. Die Dokumentation dient auch der Qualitätssicherung. Die Aufwendungen für Koordinierung und Dokumentation werden dem Arzt extrabudgetär vergütet. Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist für den Patient und den behandelnden Arzt freiwillig.

Für welche Krankheitsbilder gibt es DMPs?

Aktuell gibt es für die folgenden sechs Diagnosen DMP-Programme:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Die medizinischen Anforderungen an die DMPs werden regelmäßig nach dem neuesten Stand der Wissenschaft überarbeitet. Zuletzt wurden im DMP Brustkrebs mit der DMP-A-RL vom 20.04.2017 (Inkrafttreten am 01.10.2017) umfangreiche Änderungen vorgenommen.

Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V und welche Rolle spielt er bei der Entstehung von DMPs?

Der G-BA ist der Ort der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.

Seit Einführung der DMPs gehört es zu seinen Aufgaben, Empfehlungen zu den Anforderungen an Disease-Management-Programme zu geben. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) erhielt der G-BA zusätzlich die Richtlinienkompetenz für die Ausgestaltung von DMP-Programmen. Am 01.07.2017 trat die 8. Änderung der aus der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL (Beschlussfassung vom 20.04.2017) in Kraft

Wie entstehen die medizinischen Anforderungen für DMPs?

Der Unterausschuss DMP des G-BA nach § 91 SGB V (ein Vorsitzender, 6 Vertreter der GKV, 3 Vertreter der DKG, 3 Vertreter der KBV und max. 6 Patientenvertreter) stellt die Fachebene dar. Er beruft Fachexperten für die jeweiligen Diagnosen in den Unterausschuss, die die medizinischen Anforderungen an das DMP erarbeiten.

Was ist evidenzbasierte Medizin (EbM)?

Das Gesetz (§ 137f SGB V) fordert eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsektors.

Die allgemein anerkannte Definition von evidenzbasierter Medizin stammt von Sackett: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

EbM bildet eine Methode, um die individuelle, klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschung zu vereinen.

Welche Rolle spielen die Krankenkassen im DMP?

Die Kassen bieten ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme an. Im Mittelpunkt steht die kontinuierliche und strukturierte Behandlung der Patienten. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit Ärzten. Ein dem Patienten vertrauter Arzt, im DMP Brustkrebs ist dies der Gynäkologe, übernimmt die Rolle des Koordinators. Er ist gewissermaßen der Lotse für alle diagnosebezogenen Behandlungsschritte. Die Verträge sind in der Regel kassenartenübergreifend. Die Kassen haben die Möglichkeit, ihren Teilnehmern zusätzliche Serviceleistungen zu bieten. Das sind z. B. umfangreiche Informationen, die es den Patienten ermöglichen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und den Verlauf im Rahmen des Möglichen günstig zu beeinflussen.

Das Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung für chronisch kranke Menschen.

Was ist das Besondere an der Versorgung im DMP?

Die am DMP teilnehmenden Patienten werden regelmäßig bezüglich ihrer chronischen Erkrankung untersucht und systematisch dokumentiert. Das gilt auch, wenn es den Patienten gut geht. Sollten Komplikationen auftreten, ist die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen vorgesehen. Disease-Management-Programme greifen nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Das heißt: Patienten, die sich gegen die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entscheiden, erhalten grundsätzlich die im Leistungskatalog der GKV vorgeschriebenen Leistungen.

Können Patienten jeden Arzt als DMP-Arzt wählen?

Die freie Arztwahl bleibt weiterhin unangetastet. Der gewählte DMP-Arzt muss jedoch Teilnehmer am DMP sein. Er übernimmt die Behandlung und kontinuierliche Begleitung im Behandlungsprogramm. Der Patient kann jederzeit ohne Angabe von Gründen den DMP-Arzt wechseln. Die freie Arztwahl bleibt im DMP erhalten, da der Patient

- unter den DMP-Ärzten jederzeit wechseln kann, ohne das Disease-Management-Programm verlassen zu müssen;
- auch andere Ärzte neben seinem DMP-Arzt aufsuchen kann.

Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, muss bei einem Arztwechsel lediglich festgelegt werden, wer zukünftig die Funktion des DMP-Arztes übernehmen soll. Ebenso dokumentiert der DMP-Arzt krankheitsbezogene Überweisungen und Mitbehandlungen.

Was passiert, wenn Patienten wegen ihrer DMP-Erkrankung einen anderen Arzt aufsuchen?

Solche Konsultationen sind natürlich möglich, laufen aber außerhalb des DMP, solange der Patient nicht einen Wechsel des DMP-Arztes beschließt.

Können sich Patienten mit mehreren Diagnosen in mehrere DMPs einschreiben?

Es gibt keine grundsätzliche Beschränkung der Teilnahme auf nur ein Programm. Die Koordinierung der Behandlung sollte aber in der Hand eines Arztes liegen (Ein-Arzt-Prinzip). Eine Ausnahme von diesem „Ein-Arzt-Prinzip“ gilt für das DMP Brustkrebs, da in diesem DMP in Hessen der DMP-Arzt in der Regel der Gynäkologe ist, während diese Funktion in den anderen DMPs im Allgemeinen dem Hausarzt zukommt.

Wie werden die Daten im DMP übermittelt?

Die Datenübermittlung erfolgt elektronisch über eine DMP-Software, die mittlerweile von den meisten PVS-Anbietern bereitgestellt wird. Hinweise zu den Dokumentations- und Versandfristen sowie die Adressen der Datenstellen finden Sie in den Ausfüllanleitungen Ihres Praxismanuals.

Wie werden die Daten von Patienten und Ärzten geschützt?

Die Krankenkassen halten sich bei der Datenerhebung an gesetzliche Datenschutzvorgaben. Die Patienten willigen mit der Einschreibung in das Programm in die Übermittlung ihrer Daten an die entsprechenden Stellen ein. Sie müssen über die weitergeleiteten Daten informiert werden. Die Gemeinsamen Einrichtungen aus Krankenkassen und Ärzten erhalten zur Qualitätssicherung die Daten in pseudonymisierter Form, die für eine Durchführung der Programme unbedingt notwendig sind.

Wo können Ärzte Formulare und Unterlagen für das DMP Brustkrebs beziehen?

Die Versorgung der Praxen und Kliniken erfolgt über die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen, c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Wilhelm-Theodor-Römhild-Straße 22, 55130 Mainz.

8.2 Das Disease-Management-Programm Brustkrebs

Wie können Ärzte am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Der interessierte Gynäkologe oder das Krankenhaus wendet sich an sein zuständiges Koordinationshaus (davon gibt es 9 in Hessen) oder an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen. Die Kontaktdaten finden Sie in der Vertragspartnerliste (Anhang 6) am Ende dieses Praxismanuals.

Welche Patientinnen kommen für das DMP Brustkrebs in Frage?

Eingeschrieben werden können alle Patientinnen mit Brustkrebs, die die Einschreibekriterien erfüllen und bereit und in der Lage sind, aktiv am Programm teilzunehmen.

Die Einschreibekriterien sind:

- der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses;
- die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt;
- wegen der Besonderheiten hinsichtlich Behandlung und Verlauf können Patientinnen mit dem alleinigen Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) nicht in das DMP aufgenommen werden.

Wie lange werden Patientinnen im DMP Brustkrebs betreut?

- Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet 10 Jahre nach histologischer Diagnosesicherung.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab diesem Zeitpunkt möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Die Patientin kann dann erneut 10 Jahre ab histologischer Diagnosesicherung im Programm verbleiben.
- Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Wie häufig wird dokumentiert?

Die Dokumentationen im DMP Brustkrebs werden mindestens jedes zweite Quartal erstellt (vgl. Seite 16).

Wo gibt es Hilfestellung für das Ausfüllen der Dokumentation?

Die Praxismanuale der Programme enthalten detaillierte Ausfüllanleitungen für die Erst- und Folgedokumentation. Darüber hinaus unterstützt Sie auch die Datenstelle SPS oder die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen.

Wo erfahre ich, welche weiteren Ärzte und Einrichtungen am DMP Brustkrebs in Hessen teilnehmen?

Eine Liste der am DMP teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser (Leistungserbringerverzeichnis - LEV) wird tagesaktuell erstellt. Das LEV erhalten Sie ebenfalls bei den teilnehmenden Krankenkassen oder bei der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen.

Welche Strukturvoraussetzungen müssen Krankenhäuser erfüllen, die am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Die Anforderungen an die Strukturqualität teilnehmender stationärer Einrichtungen (Koordinations- und Kooperationskrankenhäuser) und teilnehmender Gynäkologinnen und Gynäkologen im niedergelassenen Bereich sind in der Anlage „Strukturqualität“ des DMP-Rahmenvertrages geregelt.

9. Anhang 3: Literaturhinweise

Grundlagen zum Disease Management (Kapitel 5 und 6)

Im Text zitierte Literatur:

1. Szathmary B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Chase Management. Neuwied, Luchterhand 1999.
2. Bodenheimer T.: Disease management – promises and pitfalls. N Engl J Med 1999, 340(15), 1202-1205.
3. Szecsenyi J., Schneider A.: Zwischen Individualität und „evidence based medicine“ – Die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease-Management-Programme. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2003, in press.
4. Gerlach F., Szecsenyi J.: Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen, Herausforderungen. Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 (10 Supplement), 20-25.
5. Weingarten S. R., Henning J. M., Badamgarav E., Knight K., Hasselblad, V., Gano A. Jr. et al.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ 2002, 325(7370), 925.
6. Renders C. M., Valk G. D., Griffin S., Wagner E. H., Eijk J. T., Assendelft W. J.: Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, out-patient and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001, (1), CD001481.

10. Anhang 4: Links und Internetadressen

Links zu EbM

Einrichtung	Internet-Adresse
Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e. V.	www.ebm-netzwerk.de
Deutsches Cochrane Zentrum	www.cochrane.de/de/
AWMF online	https://www.awmf.org
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	www.iqwig.de

Links zur Rechtsverordnung

Einrichtung	Internet-Adresse
Bundesversicherungsamt	www.bva.de
Gemeinsamer Bundesausschuss	www.g-ba.de
Bundesministerium für Gesundheit	www.bmg.bund.de ; Dort finden Sie auch PDF-Dateien zu wichtigen Gesetzen, Richtlinien und Rechtsverordnungen der GKV

Links zum Thema Brustkrebs

www.ago-online.org

Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e. V.

www.brustkrebs.net

BLEIBGESUND! – Kampf dem Krebs e.V.

www.bvf-hessen.de

Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Hessen

www.dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.

www.dkfz.de

Deutsches Krebsforschungszentrum - Infos über alle Krebsarten; Einstieg in das Thema „Krebs“.

www.eusoma.org

European Society of Breast Cancer Specialists, Europäische Brustkrebsgesellschaft

www.gbg.de

Studiengruppe zur Verbesserung der Primärbehandlung des Mammakarzinoms

www.inkanet.de

Informationsnetz für Krebspatienten und ihre Angehörigen

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft; Infos für Ärzte und Wissenschaftler, Patienten und Angehörige.

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe; Broschüren; Erklärung von Fachausdrücken; Bestellungen von Zeitungen und Videos.

www.krebs-kompass.de

Der Krebs-Kompass wird von der gemeinnützigen Volker-Karl-Oehrich-Gesellschaft e.V. betrieben; Infos für Patienten und Angehörige.

<http://www.tumorzentrum-freiburg.de/patientenportal/krebs-webweiser.html>

Seite des Tumorzentrums Freiburg

www.senologie.org

Deutsche Gesellschaft für Senologie (Lehre von der Brust und ihren Erkrankungen).

http://www.krebs-check-nrw.de/e_projekte/a_krebspraevention_im_betrieb/

Information und Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust von der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

Selbsthilfe- und Beratungsorganisationen:

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstr. 32, 53113 Bonn
 Tel.: 0228 72990-0
 Fax: 0228 72990-11
 E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
 Internet: www.krebshilfe.de

Hessische Krebsgesellschaft e.V.

Schwarzburgstr. 10
 60318 Frankfurt am Main
 Tel.: 069-21 99 08 87
 Fax: 069-21 99 66 33
 Internet: <https://hessische-krebsgesellschaft.de>

Europa Donna

Internet: www.europadonna.org

Frauenselbsthilfe nach Krebs

„Haus der Krebs-Selbsthilfe“
 Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
 Tel.: 0228 33889-400
 Fax: 0228 33889-401
 E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
 Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Aktion Pink Deutschland e. V.

Verein zur Erhaltung von Brustgesundheit und zur Heilung von Brustkrebs
 Westhafen Tower
 Westhafenplatz 1
 60327 Frankfurt am Main
 Tel.: 069 6786538-0
 Fax: 069 6786538-19
 E-Mail: info@aktionpink.de
 Internet: www.aktionpink.de

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Tel.: 0800 420 30 40
 E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
 Internet: www.krebsinformation.de

Mamazone e.V. Zentrale Augsburg

Interessenten: 0821 2684 191 0
 E-mail: info@mamazone.de
 Internet: www.mamazone.de

11. Anhang 5: Liste der Vertragspartner

Vertragspartnerliste des DMP Brustkrebs in Hessen

Krankenkassen:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg

Tel.: 06404 924-5000

Fax: 06404 924-2929

E-Mail: aok-programm@he.aok.de

Internet: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/dmp/>

BKK Landesverband Süd

Regionaldirektion Hessen

Stresemannallee 20, 60596 Frankfurt

Tel.: 07154 1316-117

Fax: 07154 1316-9117

Internet: www.bkk-sued.de

IKK classic

Hauptverwaltung Wiesbaden

Abraham-Lincoln-Straße 32, 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 73 77-321415

Fax: 0800 455 8888 145

Internet: www.ikk-classic.de

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Landesvertretung Rheinland-Pfalz

DMP-Stützpunkt West

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz

Tel.: 06131 98255 -34 und -36

Fax: 06131 832015

Internet: www.vdek.com

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel

Tel.: 0561 785 16322

Fax: 0561 785 219009

KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Frankfurt

Galvanistraße 31, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7430-1911

Fax: 069 7430-1902

E-Mail: dmp@kbs.de

Internet: www.knappschaft.de

Leistungserbringer:

Berufsverband der Frauenärzte e. V.
Landesverband Hessen
Dr. med. Klaus Doubek
Landesvorsitzender Hessen
Wilhelmstraße 16, 65185 Wiesbaden
Tel.: 06171 334470
E-Mail: bvf@doubek.de
Internet: www.bvf-hessen.de

Koordinationskrankenhäuser:

Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Direktor: Prof. Dr. med. Sven Becker

Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt
Tel.: 069 6301-5115
Fax: 069 6301-6317
Internet: <https://www.kgu.de>

Gesundheitszentrum Wetterau, Bad Nauheim

Chefarzt: Dr. med. Ulrich Groh

Chaumontplatz 1, 61231 Bad Nauheim
Tel.: 06032 702-207
Fax: 06032 702-140
Internet: <https://www.gz-w.de>

Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Brustzentrum Regio

Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Wagner

Baldingerstraße, 35043 Marburg
Tel.: 06421 5866-210
Fax: 06421 5866-407
Internet: <https://www.ukgm.de>

Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Eichbaum

Ludwig-Erhard-Straße 100, 65199 Wiesbaden
Tel.: 0611 432-377
Fax: 0611 432-672
Internet: <https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-hsk/>

Sana Klinikum Offenbach

Chefarzt: Prof. Dr. med. Christian Jackisch

Starkenburgring 66, 63069 Offenbach

Tel.: 069 8405-3850

Fax: 069 8405-4456

Internet: <https://www.klinikum-offenbach.de>

Klinikum Hanau

Chefarzt: PD. Dr. med. Thomas Müller

Leimenstraße 20, 63450 Hanau

Tel.: 06181 296-2510

Fax: 06181 296-2540

Internet: <https://www.klinikum-hanau.de>

Interdisziplinäres Brustzentrum am Klinikum Kassel

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Dimpfl

Mönchebergstraße 41-43, 34125 Kassel

Tel.: 0561 980-3040

Fax: 0561 980-6947

Internet: <https://www.klinikum-kassel.de>

Klinikum Fulda

Direktor: PD. Dr. med. Thomas Hawighorst

Pacelliallee 4, 36043 Fulda

Tel.: 0661 845-900

Fax: 0661 845-903

Internet: <https://www.klinikum-fulda.de>

Klinikum Darmstadt

Direktor: PD. Dr. med. Sven Ackermann

Grafen Straße 9, 64283 Darmstadt

Tel.: 06151 107-6151

Fax: 06151 107-6249

Internet: <https://www.klinikum-darmstadt.de>

Weitere wichtige Ansprechpartner und Funktionen:

Datenstelle Swiss Post Solutions GmbH

Ursula Mayer

Service Management
Systemformstraße 5, 83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051 602-365
Fax: 08051 602-333
E-Mail: mayer.u@sps-prien.de

DMP Datenservices
Swiss Post Solutions GmbH
Michelinstrasse 132, 96103 Hallstadt
Tel.: 0951 30939-0
Fax: 0951 30939-10

Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen

Andreas Funk, LL.M.

Leiter Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
Tel.: 06131 98255-25
Fax: 06131 832015
E-Mail: andreas.funk@vdek.com
E-Mail: kopfstelle.brustkrebs-hessen@vdek.com